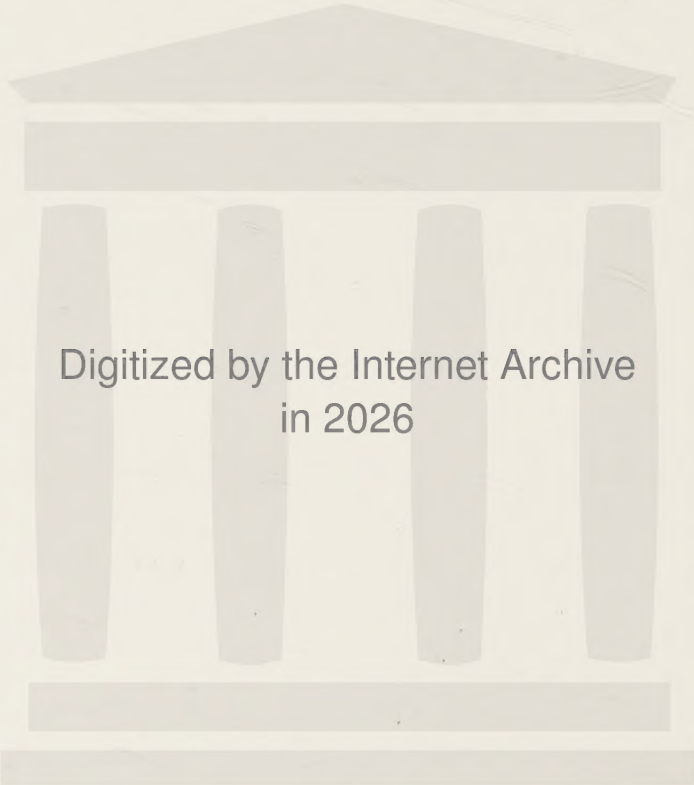


UNTERSUCHUNG EINER GROSSTÄDTISCHEN
SOZIALSTATION UND DER
ZUGEHÖRIGEN PATIENTEN

LIESELOTTE PECHLER

~~1984~~

Diss
München
1985



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554826_0099

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. N. ZÖLLNER

UNTERSUCHUNG EINER GROSSTÄDTISCHEN
SOZIALSTATION UND DER
ZUGEHÖRIGEN PATIENTEN

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Lieselotte P e c h l e r

aus Landshut

München 1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. H. Pillau

Mitberichterstatter: Prof. Dr. N. Zöllner

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 26.02.1985.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	1
2.	LITERATURTEIL	3
2.1	Bevölkerungsaufbau und -struktur in der BRD	3
2.2	Alter, Krankheit und Pflegebedürftigkeit	4
2.3	Strukturmerkmale von Sozialstationen	7
2.3.1	Entwicklung und Definition	7
2.3.2	Einzugsgebiet	8
2.3.3	Träger	8
2.3.4	Personal	9
2.3.5	Dienstleistungsangebot der Sozialstationen	10
2.3.6	Finanzierung	11
2.4	Sozialstationen und Ärzte	13
2.5	Sozialstationen und ihre Klienten	15
3.	BENUTZTES MATERIAL	17
4.	ERGEBNISSE	19
4.1	Beschreibung der Sozialstation	19
4.2	Leistungsprofil der Sozialstation	20
4.3	Alters- und Geschlechtsverteilung der betreuten Patienten	21
4.4	Wohn- und Betreuungssituation	23
4.5	Patienten und ihre Hausärzte	25
4.6	Betreuungsdauer	26
4.7	Weiteres Schicksal der Patienten bis zum Ende des 1. Quartals 1984	28
4.8	Ergebnisse des Diagnosefragebogens	30
4.8.1	Mobilität	30
4.8.2	Örtliche und zeitliche Orientierung	32
4.8.3	Einzelne Diagnosen	34
4.9	Kostenrechnung	38

5.	DISKUSSION	41
6.	ZUSAMMENFASSUNG	58
7.	LITERATURVERZEICHNIS	61
8.	ANLAGENVERZEICHNIS	65

1. EINLEITUNG

Der steigende Anteil alter Menschen in unserer Gesellschaft hat die Diskussion über ihre angemessene Versorgung im Falle einer Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit in zunehmendem Maße entfacht. Von staatlicher Seite wird aus Kostengründen der ambulanten Betreuung gegenüber der stationären Pflege der Vorzug gegeben, was den Wünschen der älteren Patienten meist entgegenkommt. Die Zahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen lag nach Berechnungen der SOZIALDATA-Studie in der Zeit 1976/78 bei 18,2% der über 65jährigen. (19, S.41-43)

Tritt nun eine Krankheit und evtl. eine daraus folgende Pflegebedürftigkeit bei einem alten Menschen auf, so ist -neben den möglicherweise vorhandenen Angehörigen- in erster Linie der Hausarzt wichtig.

Dieser ist mit einem alten Menschen meist ganzheitlicher konfrontiert als mit einem jüngeren, gilt es doch zusätzlich zur Krankheit viel stärker auch die Wohnung, die Einbindung in die Familie, ja auch die finanzielle Situation (z.B. bei Rehabilitationsmaßnahmen) des Patienten zu berücksichtigen.

Durch die Eigenart seiner Stellung im Gesundheitssystem hat der Arzt über die Therapie der Krankheit hinaus das Recht und die Pflicht, durch Atteste, Verordnungen etc. über weitere Maßnahmen zu entscheiden, die sich aus dem Gesundheitszustand seines Patienten ergeben. Dies ist eine Aufgabe, die hohe Anforderungen an Zeit und Engagement stellt; insbesondere ist hierzu eine umfassende Information wichtig. So zeigt das Beispiel einer Berliner Praxis, daß 20 -meist ältere- hilfsbedürftige Menschen 41 verschiedene Hilfearten benötigten. (6, S.2646)

Seit Beginn der 70-iger Jahre ist dem Arzt die Institution der "Sozialstation" für die Versorgung zu Hause lebender Hilfs- oder

Pflegebedürftiger zur Seite gestellt. In diesen "Sozialstationen" sind "Krankenpflege, Altenpflege, Haus- und Familienpflege unter einheitlicher Leitung personell und organisatorisch zusammengefaßt". (16, S.9) Tatsächlich ist der Begriff "Sozialstation" ein "Sammelbecken für unterschiedlichste Organisationsformen ambulanter Pflege". (11, S.75)

Die folgende Untersuchung einer Sozialstation soll Aufschluß über das Leistungsprofil und darüber hinaus vor allem über das betreute Patientengut geben. Es werden u.a. die anschließenden Fragen untersucht:

- Alter, Geschlecht der Patienten
- Wohn- und Betreuungssituation
- Betreuungsdauer und weiteres Schicksal
im Anschluß an die Pflege durch die
Sozialstation
- Diagnosen (einschließlich Mobilität
und Orientierungsgrad)
- Kosten (Berechnung eines Kostensatzes)

Die Arbeit soll zum "Gespräch" zwischen Arzt und Sozialstation beitragen, dessen wichtigster Faktor das Kennenlernen ist. Nach einer Umfrage des INSTITUTS FÜR SOZIALFORSCHUNG UND SOZIALWIRTSCHAFT E.V. führten 55% der befragten Ärzte ab und zu persönliche Besprechungen mit Mitarbeitern der Sozialstation am Ort durch; 14,4% hatten einmal einen Informationsbesuch in der betreffenden Sozialstation gemacht. (28, S.379/380)

2. LITERATURTEIL

2.1 Bevölkerungsaufbau und -struktur in der BRD

Kennzeichnend für die Bevölkerungsentwicklung ist seit dem Jahre 1974 eine Abnahme der Gesamtbevölkerung; gleichzeitig steigt der Anteil der älteren Bevölkerung kontinuierlich. So waren 1880 4,7%, 1950 9%, 1970 13% (2, S.79) und 1979 15,7% (10, S.45) 65 Jahre und älter.

Die Prognosen zeigen auch für die Zukunft einen weiteren Anstieg der alten Bevölkerung. 1990 ist mit 12,1 Mill., im Jahre 2000 mit 12,9 Mill. und im Jahre 2030 sogar mit 14,1 Mill. über 60jährigen zu rechnen. (23, S.30) ¹⁾

Die Bevölkerungsentwicklung verläuft bei den sog. jungen Alten (60-75jährige) zeitlich unterschiedlich zu den alten Alten (ab 75 Jahre). Bis 1990 kommt es zu einer Abnahme der jungen Alten, bei steigenden Zahlen der sog. alten Alten. Anschließend nimmt die Zahl der jungen Alten kontinuierlich zu, während bei den alten Alten zuerst eine abnehmende Entwicklung, dann jedoch eine erneute Zunahme erfolgt. (23, S.33)

Die skizzierte Entwicklung ist aus folgenden Gründen für den Bedarf an Gesundheitsleistungen sehr wichtig; "Die Krankheitshäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter an; die Krankheitsdauer erhöht sich mit zunehmendem Alter; in höherem Alter nimmt der Anteil der chronisch Kranken zu, Häufigkeit und Dauer des stationären Krankenhausaufenthaltes steigen". (23, S.72)

Eine Folgerung aus der oben beschriebenen Bevölkerungsbewegung ist, das Schwergewicht auf ambulante und teilstationäre Angebote zu legen (23, S.82), da diese "kurzfristiger ausgebaut werden können" (23, S.82) und falls sie nicht mehr benötigt werden, auch ohne größere Kosten wieder reduziert werden können. Einen kurzen Überblick über die gegenwärtige und zukünftige Bevölkerungsstruktur gibt noch einmal die folgende graphische Darstellung: (31, S.12)

1) Zum Vergleich: 1880 2,1 Mill. (10, S.43), 1950 4,8 Mill., 1970 8,0 Mill., 1979 9,6 Mill. (10, S.45)

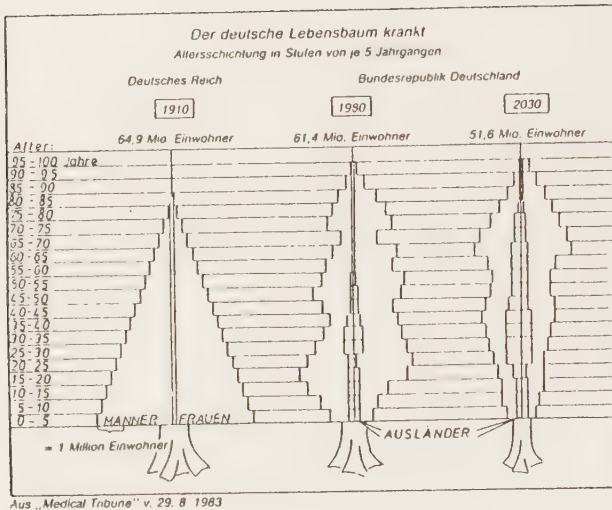


Abb.1: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

2.2 Alter, Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Die Begriffe Alter und Krankheit sind nicht eindeutig definiert. In der Statistik wie auch in empirischen Untersuchungen liegt die Grenze für die Zurechnung zu den alten Menschen meist bei 65 Jahren. (21, S.36)

Eine Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) ist dann anzunehmen, "wenn ein regelwidriger Zustand des Körpers, des Geistes oder der Seele vorliegt, der Leistungen mit dem Ziel erforderlich macht, Schmerzen und Beschwerden zu verhindern, zu beheben oder zu lindern". (21, S.478)

Der Begriff Pflegebedürftigkeit ist bisher lediglich im Bundes-sozialhilfegesetz definiert. Nach §68f. (Hilfe zur Pflege) sind diejenigen pflegebedürftig, "die infolge Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie nicht ohne Wartung und Pflege bleiben können". (20, S.25) In der RVO wird der Begriff Pflegebedürftigkeit nicht ausdrücklich genannt. Nach Rechtssprechung und Praxis besteht jedoch für die Kassen nur Leistungspflicht für behandlungsbedürftige Krankheiten, wobei Pflege und Behandlung als gegensätzliche Begriffe aufgefaßt werden. Hieraus folgt,

daß Pflegebedürftigkeit nicht als Versicherungsfall anerkannt wird. (20, S.564) Dies führt in der Praxis zu der "Unterscheidung zwischen kranken, behandlungsbedürftigen auf der einen, pflegebedürftigen älteren Menschen auf der anderen Seite". (3, S.163) Daß die krasse Unterscheidung zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit sehr problematisch ist, soll hier nur noch kurz erwähnt werden.

Nach den Ergebnissen des MIKROZENSUS waren 1978 3.259000 über 65jährige Menschen krank (das sind rund ein Drittel dieser Altersgruppe), der Anteil der chronisch Kranken belief sich dabei auf 84,9%. (vgl. 10, S.315)

Eine weitere Zahl über die Krankheitshäufigkeit der älteren Bevölkerung kommt aus einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg: Dort gaben 42% der befragten Personen (zwischen 65 und 80 Jahren) an, daß es ihnen "im allgemeinen gesundheitlich weniger gut (36%) bzw. schlecht (6%) gehe." (32, S.37)

Im Krankenhaus befanden sich 1976 3,4% der über 65jährigen, in Heimen der Altenhilfe waren 1980 4,5% der gleichen Altersgruppe (davon 0,9% in Altenwohnheimen, 2,4% in Altenheimen und 1,2% in Pflegeheimen/Krankenheimen). (vgl. 25, S.722) Diese Zahlen sollen einen Überblick über die Größenordnung des Problems "Krankheit im Alter" vermitteln.

Speziell mit den zu Hause lebenden Pflegebedürftigen beschäftigt sich die 1980 erschienene Repräsentativerhebung von SOZIALDATA (= Institut für empirische Sozialforschung GmbH). Diese Studie unterscheidet 4 Gruppen von Hilfsbedürftigkeit: (19, S. 36-38)

Gruppe A

Auf intensive Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung angewiesen; die meisten sind ständig bettlägerig.

Gruppe B

In mehreren Bereichen nicht in der Lage, sich selbst zu helfen, und auf Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung täglich angewiesen; in Teilbereichen noch Eigenaktivität möglich.

Gruppe C

Diese Personengruppe braucht Pflege leichterer Intensität,

teilweise ist sie auf hauswirtschaftliche Versorgung oder Betreuung angewiesen und im Aktionsradius stark eingeschränkt.

Gruppe D

Diese Personengruppe umfasst die Blinden, Tauben und Stummen sowie alle Personen, die eine intensive Betreuung benötigen sowie die, die ihren Haushalt gar nicht oder nur zum Teil führen können.

Die Gesamtzahl der zu Hause lebenden Hilfsbedürftigen über 65 Jahren beläuft sich nach SOZIALDATA in der Zeit 1976/78 auf 1.650 000, das sind 18,2% aller über 65jährigen. Betrachtet man die Altersgruppen der 65-79jährigen und andererseits der 80jährigen und älteren gesondert, so sind in der ersteren Gruppe 12,0% aller Personen pflege- oder zumindest betreuungsbedürftig, in der letzteren schon 53,2%! (26,S.1014)

Berücksichtigt man nur die Gruppen A, B und C (im engeren Sinn pflegebedürftig) so gehören ihnen 11,1% aller über 65jährigen an. Hiervon werden 1,5% von professioneller Hilfe erreicht. (26, S.1015) Diese Zahlen zeigen, welch großer Anteil von pflegebedürftigen alten Menschen bisher von den Angehörigen, Freunden oder gar nicht betreut wird! Durchschnittlich erhalten mehr als 80% aller über 65jährigen Pflegebedürftigen Hilfe von einem oder mehreren Haushaltsmitgliedern (vgl. 24, S.377), bei hohem Hilfebedarf steigt der Prozentsatz sogar auf 93% an. (24, S.378) Da die im selben Haushalt lebenden Helfenden überwiegend Ehepartner sind (24,S.378), dürften hier manche Betreuungsengpässe entstehen. Nur 15,4% der über 65jährigen Pflegebedürftigen leben in einem Mehrgenerationenhaushalt. (24, S.378)

Eine weitere Studie über den Pflege-/Hilfebedarf von zu Hause lebenden Menschen wurde vom DEUTSCHEN INSTITUT FÜR URBANISTIK 1981 in Bonn durchgeführt. Grundlage der Ermittlung war eine repräsentative Zufallsstichprobe. In dieser Studie wird zwischen Hilfe- und Pflegebedürftigen unterschieden, beide Gruppen sind unter dem Begriff Versorgungsbedürftige zusammengefaßt. Unter Hilfsbedürftigen versteht man Personen, die nur hauswirtschaftliche Hilfe benötigen, während Pflegebedürftige hauswirtschaft- und körperliche Versorgung benötigen. (22, S.9)

Versorgungsbedürftig sind in den Altersgruppen

60 - 69 Jahre	17%	
70 - 79 Jahre	33%	
80 - 89 Jahre	46%	
über 90 Jahre	85,8%	(vgl.22, S.14)

In dieser Studie lag das Durchschnittsalter der Pflege-/Hilfsbedürftigen über 60 Jahre. Es wurde festgestellt, daß der größte Teil der Hilfsbedürftigen und alle Pflegebedürftigen auch krank sind. (vgl. 22, S.11)

2.3 Strukturmerkmale von Sozialstationen

2.3.1 Entwicklung und Definition

Die steigende Anzahl der über 65jährigen sowie der Nachwuchsmangel in der kirchlichen Gemeindekrankepflege machten zu Beginn der 70er Jahre eine Neuorganisation der ambulanten pflegerischen Dienste notwendig. Ein besonderer Bedarf ergab sich aus der zunehmenden Anzahl allein -oder mit dem ebenfalls alten Ehepartner- lebender hochbetagter Menschen. Zudem ließen Kostengründe eine Verlagerung von der stationären zur ambulanten Pflege günstig erscheinen.

Am 1. Oktober 1970 wurde in Worms mit Unterstützung des Sozialministeriums des Landes Rheinland-Pfalz die erste Sozialstation gegründet. (28, S.13)

Sozialstationen sind "Einrichtungen, die ambulante Krankenpflege, Haus- und Familienpflege sowie Altenpflege leisten (Kernangebot)". (2, S.86) "Kennzeichnend ist für sie die neue Organisationsstruktur, die von zentraler Stelle aus unterschiedliche Leistungen anbietet." (2, S.86) Sozialstationen sind als "Kristallisationspunkte mitmenschlicher Hilfe" (13, S.7) gedacht; ehrenamtliche Helfer sollen in die Arbeit miteinbezogen werden.

Wichtige Anforderungen an die Dienste der Sozialstation sind, daß diese "bürgernah und allgemein bekannt sein müssen und daß sie im Notfall zuverlässig und schnell Hilfe leisten". (2, S.87)

Trotz rascher Entwicklung ist das Netz der Sozialstationen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht bundesweit flächendeckend. Ende 1981 gab es in der BRD 1379 staatlich anerkannte Sozialstationen. (2, S.87) Die Richtlinien für die staatliche Anerkennung sind je nach Bundesland unterschiedlich. Laut Bayr. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung waren in Bayern 1979 140 - davon in der Stadt München 18 - Sozialstationen in Betrieb. (16, S.13)

2.3.2 Einzugsgebiet

Eine Sozialstation soll - nach Vorstellungen der Trägerorganisationen - in etwa 15.000 bis 25.000 Einwohner im ländlichen und 20.000 bis 50.000 Einwohner im städtischen Bereich versorgen. (2. S.87)

2.3.3 Träger

Nach dem Subsidiaritätsprinzip kommen als Träger der Sozialstationen vor allem Kirchengemeinden und freie Wohlfahrtsverbände (z.B. Caritas, Diakonisches Werk, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrtsverband oder Deutsches Rotes Kreuz) in Frage. Das Problem der Trägerschaft ist auf vielfältigste Weise (oft auch wegen der unterschiedlichen Förder Richtlinien der Bundesländer) gelöst. So bestand - nach einer Umfrage des INSTITUTS FÜR SOZIALFORSCHUNG UND SOZIALWIRTSCHAFT bei 358 Sozialstationen in verschiedenen Bundesländern - bei 14,3% der Sozialstationen eine sog. Einzelträgerschaft (28, S.124), bei 58,7% jedoch eine gemeinsame Trägerschaft in Form eines eingetragenen Vereins, einer GmbH oder einer Arbeitsgemeinschaft. (vgl. 27, S.125) Eine Übersicht über den zahlenmäßigen Anteil verschiedener Träger vermittelt die folgende Tabelle: (28, S.129)

Tabelle 1: Träger und Mitträger nach Einzelinstitutionen

	Einzel- träger abs.	Mit- träger abs.	zusammen abs.	v.H.
1. Kommunale Körperschaften	21	50	71	19,3
2. Evang. Kirchengemeinde(n)	27	141	168	45,7
3. Kath. Kirchengemeinde(n)	14	135	149	40,5
4. Arbeiterwohlfahrt	8	12	20	5,4
5. Caritasverband	41	58	99	26,9
6. Deutscher Parität.Wohlfahrtsv.	3	15	18	4,9
7. Deutsches Rotes Kreuz	19	26	45	12,2
8. Diakonisches Werk	7	49	56	15,2
9. sonst. Institutionen (Kranken- pflegevereine)	12	88	100	27,2
Stationen insgesamt	152	216(574) ¹⁾	(368)	
1) 574 unterschiedliche Institutionen sind an 216 Sozialstationen beteiligt				
Quelle: ISO, Schriftliche Befragung der Sozialstationen in der Bundesrepublik, Sommer 1979				

2.3.4 Personal

In den Sozialstationen sind meist Krankenschwestern/-pfleger, Krankenpflegehelfer(-innen), Alten- und Familienpfleger/-innen oder Alten- und Familienhelfer(-innen) beschäftigt. Außerdem sind meist Verwaltungskräfte, selten auch Sozialpädagogen angestellt. Neben hauptberuflichen Kräften gibt es oft auch nebenamtliche oder ehrenamtliche Helfer. Nicht zu vergessen sind Zivildienstleistende und Praktikanten. Die Anzahl der beschäftigten Personen wechselt je nach Förderungsrichtlinien der einzelnen Länder, in Bayern müssen "mindestens drei hauptberufliche Fach-Pflegekräfte mit einer abgeschlossenen und anerkannten Berufsausbildung als Krankenschwester bzw. Krankenpfleger, Altenpfleger(in) oder Haus- und Familienpflegerin beschäftigt sein". (17, S.3)

2.3.5 Dienstleistungsangebot der Sozialstationen

Als Übersicht sei nochmals ein Ergebnis der schriftlichen Befragung von 368 Sozialstationen in verschiedenen Bundesländern durch das INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG UND SOZIALWIRTSCHAFT E.V. angeführt: (28, S.167)

Tabelle 2: Eigene und vermittelte Dienste der Sozialstationen

Antwort	ja		nein		nein, wird aber vermittelt		zusammen	
Dienstleistungen	abs.	v.H.	abs.	v.H.	abs.	v.H.	abs.	v.H.
Ambulante Krankenpflege	364	98,9	1	0,3	3	0,8	368	100
Ambulante Altenpflege	352	95,6	12	3,1	4	1,1	368	100
Haus- und Familienpflege	269	73,1	44	12,0	55	14,9	368	100
Altenbetreuung, Besuchsdienste	255	69,3	64	17,4	49	13,3	368	100
Essen auf Rädern	90	24,4	122	33,2	156	42,4	368	100
Mobile Fahr-/Hilfsdienste	74	20,1	221	60,1	73	19,8	368	100
Ausleihen von Hilfsmitteln	335	91,0	23	6,3	10	2,7	368	100
Beratung	256	69,6	67	18,2	45	12,2	368	100
sonstige Dienste	104	28,2	206	56,0	58	15,8	368	100
Quelle: ISO - Schriftliche Befragung der Sozialstationen in der Bundesrepublik, Sommer 1979								

Zur Krankenpflege gehören die sog. Grundpflege (z.B. Waschungen, Bäder, Betten, Inkontinentenversorgung, prophylaktische Maßnahmen) und die sog. Behandlungspflege (Injektionen, Verbände, Einläufe, Abgabe von Medikamenten, Blutdruckmessen, Einreibungen etc.). 1)

1) siehe auch Anlage I

2.3.6 Finanzierung

"Sozialstationen haben immer noch keinen festen Platz im System der Gesundheitssicherung"(14, S.1261), schreibt H.-J. Wirzbach im Dt. Ärzteblatt 1978. Ihre beschränkte Wirksamkeit sei "im wesentlichen in der weitgehend noch ungeklärten Frage der Finanzierung begründet". (14, S.1261)

6 Jahre später hat sich dies nicht grundlegend geändert. "Das Erfordernis, möglichst kostendeckend zu arbeiten, zwingt zur Einschränkung auf abrechenbare Leistungen. Leistungen bei Vorliegen eines Pflegefalles, Hilfen bei der Aufrechterhaltung des Haushalts sowie psychosoziale Betreuung sind in der mit den Krankenkassen vereinbarten Gebührenordnung nicht vorgesehen und fallen deshalb auch tendentiell (wenn kein Anspruch auf Sozialhilfe vorliegt) aus dem Leistungsrepertoire von Sozialstationen heraus, obwohl solche Hilfen wichtige Voraussetzungen für das Gesundwerden bzw. Verbleiben in der häuslichen Umgebung wären." (12, S.29)

Eine erste Trendwende in Bayern deutet sich derzeit an. So meldet die SÜDDEUTSCHE ZEITUNG am 4./5. August 84, daß die gesetzliche Krankenversicherung im Falle einer Pflegebedürftigkeit in Zukunft 10,-DM täglich bei häuslicher Pflege bezahlen will. (33, S.22) Auch in Berlin deuten sich Änderungen an.

Die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen erfolgt aufgrund §185 RVO, in dem dem Versicherten zeitlich unbegrenzte häusliche Krankenpflege gewährt wird. Seit dem Krankenversicherungs - Kostendämpfungsgesetz 1977 ist die häusliche Krankenpflege eine Regelleistung, wenn sie ein Ersatz für Krankenhauspflege ist. Als freiwillige Leistung kann sie außerdem aufgrund der Satzungsbedingungen einzelner Krankenkassen "zur Sicherung der ärztlichen Behandlung" gewährt werden. (25, S.814) An dieser Stelle soll nochmals erwähnt werden, daß Pflegefälle von der Kostenerstattung ausgenommen sind.

Üblicherweise wird vom Kassenarzt ein Formular "Verordnung häuslicher Krankenpflege" ¹⁾ ausgefüllt. Sodann erfolgt die Genehmigung durch die Kasse. Für die Probleme bei der Gewährung, bzw. Kostenabrechnung werden von den Kassen folgende Gründe angegeben: (16, S.48)

1) siehe Anlage 2

Tabelle 3:

Gründe für die Schwierigkeiten bei der Kostenabrechnung nach Trägern							
Art des Kostenträgers	ungenau Anträge	Frage der Notwendigkeit d. Hauspflege anstelle a. Kranken- hausaufent- haltes	Abgrenzungs- schwierig- keiten: Krankheit- Pflegebe- dürftig- keit	unklare ärztliche Atteste	Auslegungs- probleme b. den Ge- bühren- verein- barungen	unzureichende Nachweise über Pflege- leistungen	Sonstiges
Anteil der Kostenträger, die diese Gründe angeben							
Allgem. Ortskrankenkasse	44 %	67 %	56 %	72 %	50 %	22 %	11 %
Betriebskrankenkasse	60 %	40 %	40 %	53 %	33 %	20 %	-
Innungskrankenkasse	50 %	100 %	100 %	100 %	50 %	-	-
Landwirtsch. Krankenkasse	50 %	50 %	75 %	50 %	50 %	25 %	-
Ersatzkasse	50 %	100 %	50 %	100 %	-	-	-
Sonst. gesetzl. Krankenkasse	-	100 %	-	-	-	-	-
Träger der Sozialhilfe	30 %	25 %	30 %	30 %	15 %	25 %	20 %
Sonstige Kostenträger	50 %	-	50 %	100 %	-	-	-
Kostenträger insgesamt	43 %	46 %	45 %	54 %	31 %	20 %	9 %

Die Gebührensätze für die Kostenerstattung durch die Krankenkassen sind in Bayern in einer Gebührenvereinbarung zwischen den Trägern der freien Wohlfahrtsverbände und den Verbänden der Krankenkassen festgelegt. ¹⁾

Die Kostenerstattungssätze können von Krankenkasse zu Krankenkasse und von Region zu Region erheblich schwanken. Für eine Grundpflege erhalten die Sozialstationen "zwischen 13,60 und 36 DM" (27, S.74) erstattet. "Für Spritzen oder Verbände liegen die Sätze zwischen 3 und 9 DM." (27, S.74) Z.T. gibt es auch Pauschalsätze.

Von den Sozialämtern werden den Anspruchsberechtigten Leistungen nach §37 (Krankenpflege), nach §68 und §69 (Hilfe zur Pflege), nach §70 (Hilfe zur Weiterführung des Haushalts) und nach §75 (Altenhilfe) gewährt. Die Sozialämter rechnen entweder nach dem Kostenerstattungsprinzip (ähnliche Sätze wie die Kassen) oder nach dem Gleichbehandlungsprinzip (gleiche Sätze wie die Selbstzahler) ab. (27, S.76/77)

Von den Selbstzahlern werden meist 12.- DM oder darunter für die Grundpflege verlangt. (27, S.77)

1) siehe Anlage 1

FORUM SOZIALSTATION erstellte auf der Basis von 20 befragten Diensten folgende Auflistung über die Anteile der Finanzierungsquellen: (27, S.72)

Sozialämter	13,2 %	
Krankenkassen	25,0 %	
Selbstzahler	8,8 %	
Pflege- und Fördervereine	2,8 %	
Spenden	1,3 %	
Zuschüsse vom Land	17,7 %	
Zuschüsse von den Kommunen oder vom Landkreis	15,0 %	
Eigenmittel des Trägers	13,1 %	
Sonstiges	3,1 %	
insgesamt	100,0 %	1)

2.4 Sozialstationen und Ärzte

Dr. Dr. E. Graßl faßt im Vorwort der Broschüre "Sozialstationen" der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die Bedenken der Ärzte aus der Zeit der Entwicklung der Sozialstationen zusammen: "Waren anfänglich noch viele Kollegen den Sozialstationen gegenüber skeptisch und sahen in ihnen eine Art Ambulatorium oder Vorläufer medizinisch-technischer Zentren, so kam langsam mit der Kooperation auch das Vertrauen." (7, Vorwort)

Mittlerweile geben - nach einer Umfrage von INFRATEST GESUNDHEITSFORSCHUNG unter 250 niedergelassenen Ärzten (Allgemeinärzte/ Praktische Ärzte sowie Internisten im Bundesgebiet und West-Berlin) - 96% an, eher positive Erfahrungen mit den Sozialstationen gemacht zu haben. (4, S.1366) Die Auswertung von 153 schriftlich beantworteten Fragebögen niedergelassener Ärzte durch das INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG UND SOZIALWIRTSCHAFT E.V. zeigt einen Zufriedenheitsgrad von 82%. (28, S.385)

Bezüglich des Informationsgrades der Ärzte über Sozialstationen ergibt sich folgendes Bild: 50% der Ärzte bezeichnen sich als gut

1) Die Verteilung der Herkünfte der Einnahmen von Selbstzahlern und vom Sozialamt mußte teilweise in den Fällen geschätzt werden, wo Empfänger von Hilfe zur Pflege selbst mit dem Sozialamt abrechnen und dieses nicht direkt an den Pflegedienst zahlt.

und 40 % als grob informiert, wobei ältere Ärzte und "Praktiker" besser informiert zu sein scheinen als Fachärzte. (28, S.376)

Als Informationsquellen kommen an erster Stelle die Kontakte bzw. die Zusammenarbeit mit den Sozialstationen, gefolgt von Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, Verbandsorganen/Mitteilungsblättern von ärztlichen Berufsverbänden/Kammern sowie Informations- und Werbeveranstaltungen der Sozialstationen am Ort. (28, S.377/378)

Nach INFRATEST GESUNDHEITSFORSCHUNG liegt der Prozentsatz der "Praktiker", die mit den ambulanten Pflegediensten kooperieren bei 85%, derjenige der Internisten bei 81%. (4, S.1366)

Das INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG UND SOZIALWIRTSCHAFT E.V. (ISO) hat die Art des Kontakts zwischen niedergelassenem Arzt und Sozialstation etwas näher untersucht:

Etwa 55% der Ärzte sprechen sich ab und zu persönlich mit den Mitarbeitern der Sozialstation ab. Persönliche Besprechungen sind beim Allgemeinarzt viel häufiger (65%) als beim Facharzt (30%). (28, S.379)

Telefonische Besprechungen sind bei etwa 60% der Ärzte üblich. (28, S.379)

Einen Besuch in der Sozialstation haben 14,4% - in der Stadt 8,3% - der Ärzte gemacht, einem Gremium (Beirat, Förderverein) gehören 7,8% der Ärzte an, eine Fortbildungsveranstaltung für die Schwestern haben 3,3% durchgeführt. (28, S.379)

63% der Ärzte delegieren Leistungen, die in den Bereich der Behandlungspflege fallen (z.B. Injektionen, Verbände etc.) an die Mitarbeiter der Sozialstationen. (28, S.382)

Bei 15% der Ärzte, deren Patienten von der Sozialstation betreut werden, findet keine Absprache statt. (28, S.384)

Zum Schluß seien noch die Kritikpunkte, die 18% der Ärzte in der Studie des ISO äußerten, erwähnt: Es handelt sich hierbei in der genannten Reihenfolge um Kompetenzüberschreitungen, mangelnde Sorgfalt bei der Arbeit oder sonstige Kritik hinsichtlich der

Qualifikation und um berechnigte Forderungen hinsichtlich der Verordnung von Maßnahmen und Hilfsmitteln. (vgl. 28, S.385)

Insgesamt scheint ein Ausbau des Kontakts zu den Sozialstationen ausgehend von Seiten der Ärzte als wünschenswert.

2.5 Sozialstationen und ihre Klienten

Fast zwei Drittel der von den sozialpflegerischen Diensten (Sozialstationen, Krankenpflegestationen u.ä.) betreuten Personen sind über 65 Jahre alt; zwei Drittel sind Frauen. 42% der Betreuten wohnen alleine. (vgl. 16, S.22)

An 109 Betreute von 2 Sozialstationen wurde die Frage gestellt, an wen sie sich wenden würden, wenn es die Sozialstationen nicht gäbe. 42,2% antworteten sie würden sich an ein Heim oder Krankenhaus wenden, 40,4% an die Familie (vgl. 9, S.16)

Der Informationsgrad in der älteren Bevölkerung über die Sozialstationen scheint gering zu sein. Als Beispiel hierfür mag eine 1982 durchgeführte Befragung von 206 über 65jährigen Personen im Stadtteil Haidhausen in München dienen. 17% der Befragten gaben an, Sozialstationen als Einrichtungen für ältere Menschen zu kennen. (15, S.19), eine konkrete Sozialstation in ihrer näheren Wohnumgebung konnten jedoch nur 9,7% (15, S.20) angeben.

Auch die anderenorts schon erwähnte Studie des INSTITUTS FÜR URBANISTIK über Sozialstationen in der Stadt Bonn bestätigt den geringen Bekanntheitsgrad der ambulanten Dienste. Hier zeigt sich, daß folgende Gruppen besonders schlecht informiert sind:

- " - die real Versorgungsbedürftigen
 - Personen höheren Alters
 - Personen mit niedrigem Bildungsniveau." (22, S.19)

Der schlechte Informationsgrad über Sozialstationen ist umso bedauerlicher als die Akzeptanz des Angebots der ambulanten Dienste in der Bevölkerung relativ hoch ist. Ergebnisse des INSTITUTS FÜR URBANISTIK sagen folgendes aus: "Der Anteil derjenigen, welche nie stationäre Einrichtungen in Anspruch nehmen würden, wohl aber ambulante Dienste, liegt zwischen 40% (latent und real Versorgungsbe-

dürftige) und 64% (Nicht-Versorgungsbedürftige)." (22, S.21)
Die Offenheit gegenüber Sozialstationen dokumentiert sich auch darin, daß sich 57,4% (von 683 über 60jährigen Personen) über einen unverbindlichen Besuch einer Mitarbeiterin einer Sozialstation freuen würden. (28, S.321/322)

3. BENUTZTES MATERIAL.

1. Für jeden von der Sozialstation betreuten Patienten wird ein sog. Pflegebogen angelegt. Aus ihm konnten Daten wie Alter, Geschlecht, Krankenkasse, Adresse und Name des Hausarztes entnommen werden. Die Angaben über die Wohn- und Betreuungssituation waren hier nur unvollständig, so daß als weitere wichtige Informationsquelle
2. das Gespräch mit der Leiterin der Sozialstation dazukam. Insbesondere Angaben über das weitere Schicksal der Patienten (Tod, Verlegung ins Krankenhaus etc.) konnten durch sie in Erfahrung gebracht werden.
3. Für jeden Patienten wird außer dem Pflegebogen eine Karteikarte angelegt, auf der über jeden Besuch täglich Rechenschaft abgelegt wird. Nach Kategorien wird hier die einzelne Leistung dokumentiert und nach Kurzeinsatz (ca. 20 Minuten) und längerem Einsatz unterschieden. Die Leistungen sind in 7 Positionen (oder Kategorien) aufgegliedert: Pos. 0 erfaßt hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Pos. 1-6 die sog. Behandlungspflege, Pos. 7 die Grundpflege. ¹⁾
Diese Karteikarte bildet die spätere Abrechnungsgrundlage. Für die Frage nach der Betreuungsdauer wurden die Karteikarten bis einschließlich des Jahres 1978 durchgesehen.
4. Um die Fragen nach den Diagnosen der Patienten sowie nach Mobilität und Orientierungszustand beantworten zu können, habe ich einen kleinen Fragebogen entworfen und damit die behandelnden Hausärzte besucht. ²⁾ Fragen nach ihrer Gebietsbezeichnung konnten mir die Ärzte persönlich beantworten. Zusammen mit den Angaben über die Lage der Wohnung des Patienten aus dem Pflegebogen konnte mit Hilfe des Stadtplans die Entfernung (Luftlinie) Hausarzt - Patient ermittelt werden.
5. Die Kostenrechnung basiert auf den in der Sozialstation vorhandenen Abrechnungen mit den gesetzlichen Krankenkassen, dem

1) s. Anlage 3

2) s. Anlage 4

- Sozialamt und den Einzelpersonen (Selbstzahlern) ¹⁾. In einigen Fällen waren Gesamtabrechnungen über das ganze 3. Quartal vorhanden; in vielen Fällen mußten jedoch eigene Berechnungen aufgrund der Karteikarten vorgenommen werden.
6. In der monatlichen Statistik werden patientenunabhängig die Gesamtzahlen der Leistungen vermerkt. Hieraus konnten Eckdaten zur Charakterisierung des Leistungsprofils der Sozialstation entnommen werden.

1) Gebührentabell. siehe Anlage 5

4. ERGEBNISSE

4.1 Beschreibung der Sozialstation

Die beschriebene Sozialstation liegt am östlichen Innerstadtrand von München. Die benutzten Räumlichkeiten bestehen aus Geschäftszimmer, Küche, Bad mit WC und Flur. Ein Zimmer für ambulante Behandlung ist nicht vorhanden.

Träger der Sozialstation ist ein eigener Verein, organisiert in der Form eines e.V.. Der Betreuungsbereich der Sozialstation umfaßt das Gebiet von drei evangelischen Gemeinden.¹⁾ Die Zahl der Einwohner im Betreuungsbereich beträgt 137 300. Die Sozialstation hat am 1.1.1978 die Arbeit aufgenommen. Das Personal bestand zum Zeitpunkt der Untersuchung aus 4 Krankenschwestern, 2 Altenpflegerinnen, 1 Altenpflegehelferin, 3 Verwaltungskräften sowie 1 (manchmal auch mehrerer) Praktikant n. Die Verwaltungskräfte arbeiteten stundenweise und nebenberuflich, während die übrigen Mitarbeiter alle hauptberuflich (4 davon Vollzeit und 4 Teilzeit) tätig waren.

Die Jahresbilanz 1983 belief sich auf insgesamt 276 270 DM, davon waren 40,4% Einnahmen aus Pflegeanteilen, 26,3% Eigenmittel (aufgebracht von den 3 Gemeinden), 8,2% Zuschüsse kommunaler Stellen, 14,6% Zuschüsse sonstiger Stellen (davon 90% von einem Wohlfahrtsverband) und 10,3% Zuschuß des Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung. Diese Einnahmen wurden zu 91,8% für Personalkosten und zu 8,2% für Sachkosten (z.B. Miete, Kfz-Kosten, medizinischer Sachaufwand) verwendet.²⁾

1) Die betreuten Patienten wohnten in folgenden Münchner Stadtbezirken: Altstadt(1), Marsfeld(7), Wiesenviertel(3), Isarvorstadt-Glockenbachviertel(8), Isarvorstadt-Schlachthofviertel(3), Isarvorstadt-Dt.Museum(2), Lehel(7), Haidhausen (17), Au(4), Bogenhausen(3) und Ramersdorf-Perlach(1)

2) Angaben aufgrund der Verwaltungsunterlagen der Sozialstation

4.2 Leistungsprofil der Sozialstation

Die Sozialstation bietet folgende Leistungen an:

Ambulante Krankenpflege, Haus- und Familienpflege sowie Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen und Vermittlung von öffentlichen sowie sonstigen Hilfen. Außerdem wird Pflegematerial (Nachtstuhl, Bett, Rollstuhl etc.) verliehen und durch Zusammenarbeit mit dem nahegelegenen Alten- und Servicezentrum Essen auf Rädern organisiert.

Im dritten Quartal 1983 wurden vom Personal insgesamt 56 Patienten betreut und dabei 2776 Einsätze durchgeführt, das entspricht einer durchschnittlichen monatlichen Einsatzzahl von ca. 925. Hierfür wurden insgesamt 2642 Stunden aufgewendet. Zeitlich nimmt die Altenpflege mit 1411 Stunden, entsprechend 53%, den größten Raum ein. Es folgt die Krankenpflege mit ca. 20% der Zeit, Verwaltung 14%, Sonstiges 10%, Besuche 1% und Wege 2%.

Im 3.Quartal wurden 5794 Einzelleistungen erbracht. Davon entfielen 3405 auf die Behandlungspflege (das entspricht 59%), 1388 auf die Grundpflege (entsprechend ca. 24%) sowie 1001 Einzelleistungen auf Hilfen im Haushalt (17%).

Im gleichen Zeitraum wurden bei 56 Patienten

778 mal Einreibungen gemacht

773 mal die Medikamenteneinnahme überwacht

509 Injektionen verabreicht

313 mal Blutdruck gemessen

40 katheterisiert (einschließlich Spülung)

30 Verbände gemacht

1 Dauerkatheter gelegt und

961 mal sonstige Tätigkeiten (Dekubitusprophylaxe, Bewegungsübungen) verrichtet

4.3 Alters- und Geschlechtsverteilung der betreuten Patienten

Im Laufe des 3. Quartals wurden insgesamt 56 Patienten von der Sozialstation betreut. Es handelte sich hierbei um 49 Frauen und 7 Männer.

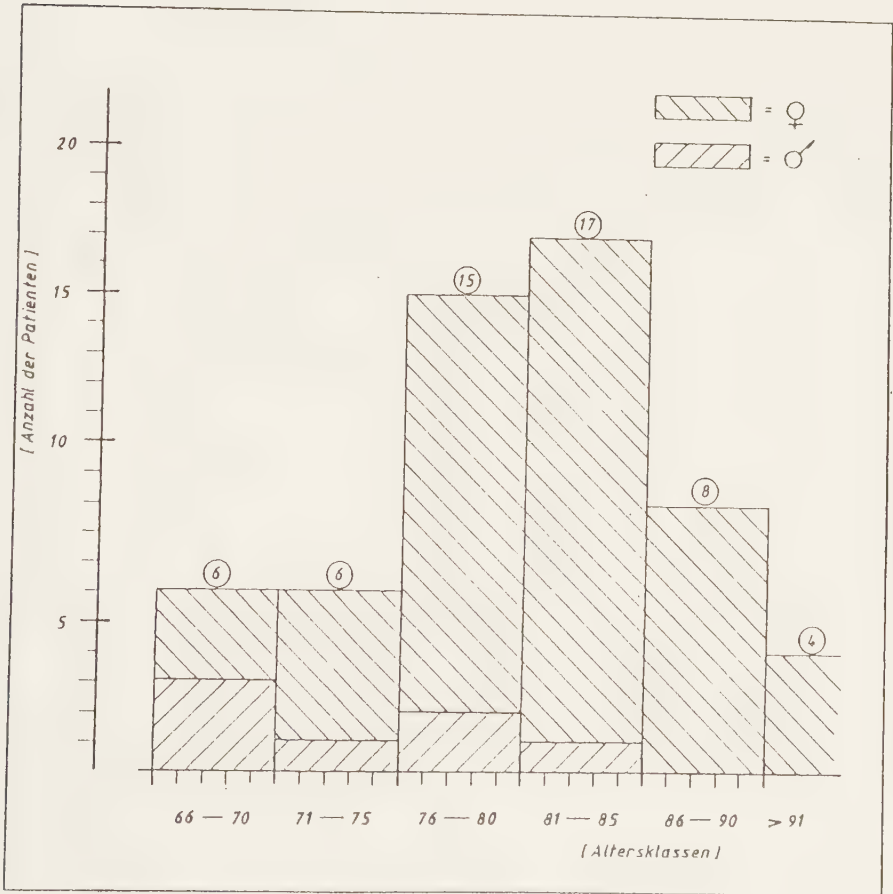


Abb. 2: Alters- und Geschlechtsverteilung

Das Durchschnittsalter aller 56 Personen betrug 81,5 Jahre. Betrachtet man Frauen und Männer gesondert, so zeigt sich, daß die Männer durchschnittlich erheblich jünger, nämlich 73,9 Jahre, als die Frauen mit durchschnittlich 82,6 Jahren, waren.

Nach der Definition der WHO kann man unterteilen:

- alternde Menschen	50 - 60 Jahre
- ältere Menschen	61 - 75 Jahre
- alte Menschen	76 - 90 Jahre
- sehr alte Menschen	90 - 100 Jahre
- sowie die Langlebigen	über 100 Jahre (1, S.859)

Gemäß dieser Definition gehörten knapp 1/4 (12) der betreuten Personen zur Gruppe der älteren Menschen und knapp 3/4 (40) der Patienten zur Gruppe der alten Menschen. 4 Frauen waren zur Gruppe der Langlebigen zu zählen. Über die Hälfte der Patienten war zwischen 76 und 85 Jahre alt.

4.4 Wohn- und Betreuungssituation

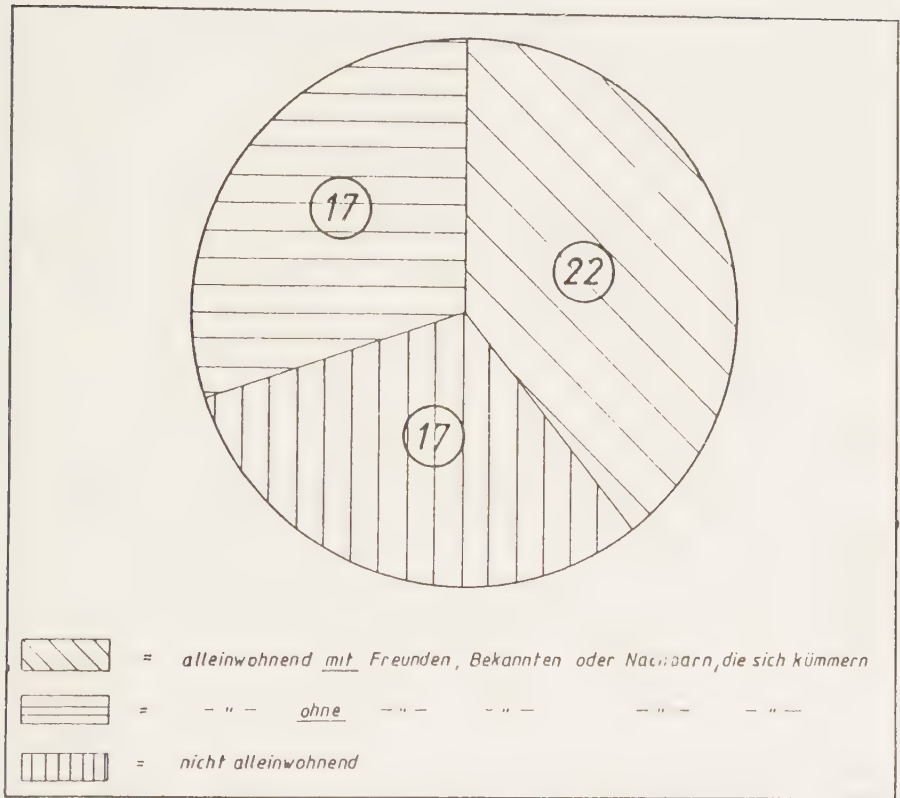


Abb.3: Wohn- und Betreuungssituation der Patienten

Von 56 Personen waren insgesamt gut 2/3 (39) alleinwohnend und knapp 1/3 (17) nicht alleinwohnend.

Dabei ist bemerkenswert, daß nur einer von 7 Männern alleine wohnte, während die übrigen 6 Männer mit ihrer Partnerin lebten. Der allein lebende Mann hatte auch außerhalb seiner Wohnung keine Verwandten oder Freunde, die sich um ihn kümmerten.

Von den 38 alleinlebenden Frauen, die zusammen 2/3 aller von der Sozialstation im 3. Quartal betreuten Personen ausmachen, wurden 22 von außerhalb der Wohnung lebenden Verwandten oder Freunden versorgt, während 16 Frauen niemanden hatten, der sich um sie kümmerte.

Die wichtigsten Konstellationen (Geschlecht, Wohn- und Betreuungssituation), geordnet nach der Häufigkeit:

- alleinwohnende Frauen, die von Angehörigen, Bekannten oder Freunden betreut wurden (Anzahl: 22, Durchschnittsalter 79,3 Jahre)
- alleinwohnende Frauen, ohne irgendwelche Betreuungspersonen (Anzahl: 16, Durchschnittsalter 81,3 Jahre)
- Frauen, die mit Familienangehörigen zusammenwohnten (Anzahl: 11, Durchschnittsalter 84,2)
- Männer, die mit ihrer Partnerin lebten (Anzahl: 6, Durchschnittsalter 74,4 Jahre)
- alleinwohnender Mann, ohne Betreuungspersonen (Anzahl: 1, Alter 69 Jahre)

Alle nicht alleinwohnenden Frauen wohnten ausschließlich mit Familienangehörigen zusammen, während sich um die alleinwohnenden Frauen außer den Angehörigen auch Freunde oder Nachbarn kümmerten.

Auffällig ist das hohe Durchschnittsalter derjenigen Frauen, die mit Angehörigen zusammen wohnten.

4.5 Patienten und ihre Hausärzte

Eingegangen werden soll auf die Entfernung der Wohnung des Patienten von der Praxis des Hausarztes und auf die Gebietsbezeichnung des Hausarztes. Die Messung der Entfernung (Luftlinie) zwischen Patientenwohnung und Arztpraxis erfolgte mit Hilfe des Stadtplans. Die Ergebnisse zeigen die folgenden Tabellen:

Tabelle 4: Entfernung Hausarzt - Patient (in km)

<i>Entfernung</i>	<i>Anzahl der Patienten</i>
<i>unter 2 km</i>	54
<i>über 2 km</i>	2

Tabelle 5: Gebietsbezeichnung des Hausarztes

<i>Gebietsbezeichnung</i>	<i>Anzahl der Patienten</i>
<i>Praktischer Arzt</i>	16
<i>Allgemeinarzt</i>	17
<i>Internist</i>	23

4.6 Betreuungsdauer

Alle 56 vom 1.7.83 - 30.9.83 betreuten Patienten wurden hinsichtlich früherer Betreuung untersucht, ihre Akten bis zum 1.10.78, also 5 Jahre zurückverfolgt. Das Ergebnis zeigt Tabelle 6.

Tabelle 6: Betreuungsdauer aller im 3. Quartal 83 betreuten Patienten

<i>Anzahl der Jahre</i>	<i>Anzahl der Patienten</i>
≤ 1	37
≤ 2	9
≤ 3	4
≤ 4	2
≤ 5	4

Bei 2/3 der Patienten reichte somit der Betreuungszeitraum bis zu einem Jahr. Bei 5 der 56 Personen war die Betreuung unterbrochen, d.h. sie wurden z.B. 1980 und dann erst 1983 wieder betreut. Bei den übrigen 51 Personen war die Betreuung kontinuierlich.

Die Betreuungsdauer der 37 Patienten, die bis zu einem Jahr betreut wurden, ist in der folgenden Tabelle nochmals nach Quartalen aufgeschlüsselt.

Tabelle 7: Verteilung der bis zu einem Jahr betreuten Patienten auf Quartale

<i>Anzahl der Quartale</i>	<i>Anzahl der Patienten</i>
1	17
2	10
3	7
4	3

Knapp die Hälfte (27) aller betreuten Patienten war also am Ende des 3. Quartals 1983 bis zu 1/2 Jahr in Betreuung, ein weiteres Drittel (19) bis zu 2 Jahren. Nur ein knappes Fünftel der Patienten wurde länger als 2 Jahre betreut.

4.7 Weiteres Schicksal der Patienten bis zum Ende des 1. Quartals 1984

Alle Patienten, die im 3. Quartal 83 eine Betreuung durch die Sozialstation erhielten, wurden anschließend noch 6 Monate weiterbeobachtet. Wenn sie in dieser Zeit in ein Krankenhaus oder Pflegeheim aufgenommen werden mußten, so war über den Hausarzt oder die Leiterin der Sozialstation in Erfahrung zu bringen, ob sie dort verstorben sind. Einen Überblick über die Situation der Betreuten am Ende des 1. Quartals 84 vermittelt Abb. 4.

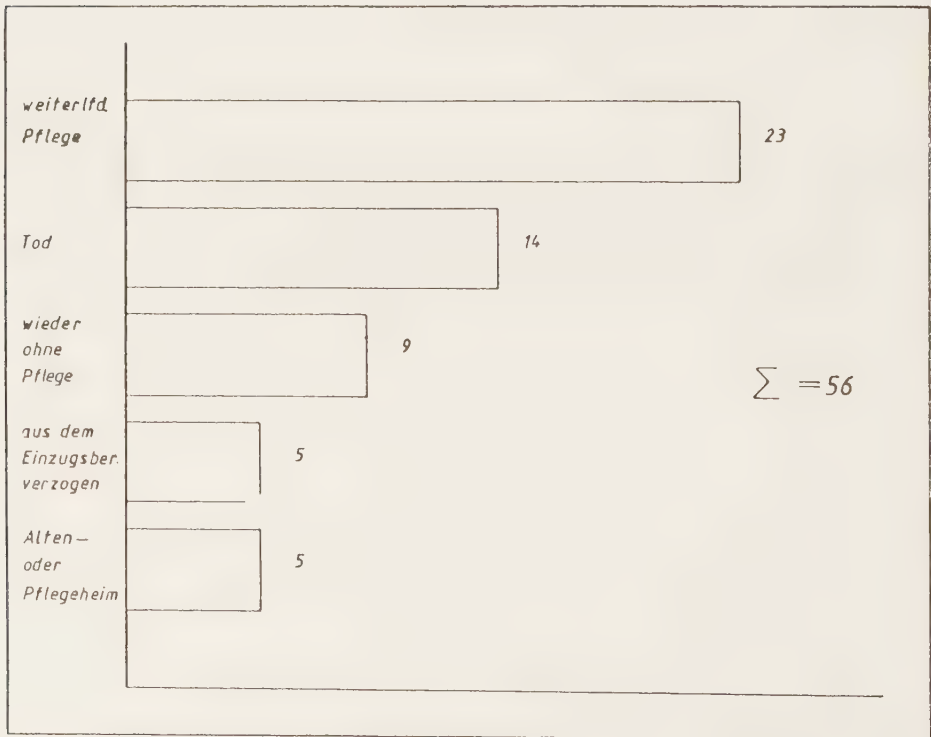


Abb. 4: Weiteres Schicksal der im 3. Quartal 83 betreuten Patienten (bis zum 30.3.84)

Ergänzend zu den einzelnen Rubriken ist folgendes zu sagen: Genau 1/4 der im 3. Quartal betreuten Personen (14) war ein halbes Jahr später verstorben. 6 Patienten verstarben (unter

Betreuung durch die Angehörigen, den Hausarzt und die Sozialstation) zu Hause, 5 Patienten im Krankenhaus und 3 im Alten- oder Pflegeheim.

Auch die im Punkt "wieder ohne Pflege" genannten 9 Patienten möchte ich näher beschreiben. Es handelt sich hierbei um

- 3 Diabetiker, die von Insulin wieder auf orale Antidiabetika umgestellt werden konnten,
- 1 Mann, der wegen eines Anus praeter und wegen eingeschränkter Bewegungsfähigkeit im Zusammenhang mit einer beidseitigen Coxarthrose betreut wurde und der nach einer Rehabilitation in der Kur wieder allein (mit der Hilfe seiner Ehefrau) zurechtkam,
- 3 Patienten, über die nur Aussagen der Sozialstation bekannt sind (die Ärzte konnten nicht befragt werden):
 - 1 Patientin, die nach einer Armfraktur und einer zeitweiligen Betreuung durch die Sozialstation wieder mit Hilfe ihrer Nachbarn zurechtkam,
 - 1 weitere Patientin, die sich in Zukunft das weiterbestehende Ulcus cruris ohne Hilfe durch die Sozialstation verbindet,
 - 1 Patientin, über die nichts näheres bekannt ist.
- 2 Patienten, bei denen eine vorübergehende labile Selbstständigkeit (nach Auskunft der Hausärzte) erreicht war. 1 Patientin davon war Selbstzahlerin und die Kinder meinten, sie bräuchte keine Betreuung mehr.

Die genaue Beschreibung der Patienten soll zeigen, daß die Patienten zwar de facto wieder ohne die Betreuung durch die Sozialstation auskamen, man jedoch nicht in allen Fällen von einer "echten", wiedererlangten Selbständigkeit sprechen kann.

Von den 5 aus dem Einzugsbereich der Sozialstation verzogenen Personen, konnte das weitere Schicksal nicht verfolgt werden. Es ist lediglich bekannt, daß 2 Patienten wegen zunehmender Pflegebedürftigkeit zu Familienangehörigen verzogen.

4.8 Ergebnisse des Diagnosefragebogens

Die Angaben über die Diagnosen der von der Sozialstation betreuten Patienten basieren auf den Aussagen ihrer Hausärzte. Mit Hilfe eines selbstentworfenen Fragebogens ¹⁾ konnten die Hausärzte von 52 der insgesamt 56 Patienten persönlich befragt werden. 3 Ärzte (einer davon betreute 2 Patienten) verweigerten entweder mit dem Hinweis auf die ärztliche Schweigepflicht oder aus Zeitmangel die Auskunft.

4.8.1 Mobilität

Die erste Frage an die Hausärzte bezog sich auf die Bewegungsfähigkeit der Patienten. Es standen 3 Wahlmöglichkeiten zur Verfügung: bettlägrig, innerhalb der Wohnung mobil und außerhalb der Wohnung mobil. Die Kategorie "Bettlägrigkeit" sollte bei der Beantwortung eng gefaßt werden, um diese Patientengruppe von Patienten mit leichteren Behinderungsformen abgrenzen zu können.

"Innerhalb der Wohnung mobil" waren alle Patienten, die de facto ihre Wohnung nicht mehr ohne Begleitung verlassen konnten. Nichtmedizinische Einflüsse, wie z.B. steile Treppen beim Zugang zur Wohnung, waren nicht auszuschließen.

"Außerhalb der Wohnung mobil" bedeutet nicht, daß der Patient in seiner Bewegungsfähigkeit uneingeschränkt ist. Er ist aber zumindest noch in der Lage einzukaufen oder seinen Hausarzt alleine aufzusuchen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Bewegungsfähigkeit von 52 Patienten.

1) siehe Anlage 4

Tabelle 8: Aussagen zur Mobilität

<i>Grad der Einschränkung der Bewegungsfähigkeit</i>	<i>Anzahl der Patienten</i>
<i>bettlägrig</i>	<i>8</i>
<i>innerhalb der Wohnung mobil</i>	<i>26</i>
<i>außerhalb der Wohnung mobil</i>	<i>18</i>

2/3 der Patienten waren also so weit in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt, daß sie die Wohnung - ohne Hilfe - nicht mehr verlassen konnten. Das bedeutet auch, daß der Haushalt nicht mehr selbständig versorgt werden konnte, und daß die betreuenden Ärzte Hausbesuche machen mußten.

Diese 34 in ihrer Mobilität eingeschränkten Patienten verteilen sich fast gleichmäßig auf die folgenden 3 Gruppen:

- alleinwohnend, ohne Angehörige, die sich kümmern 10
- alleinwohnend, mit Angehörigen, die sich kümmern 12
- nicht alleinwohnend 12

Hieraus folgt, daß 10 Patienten, die sich nicht mehr alleine aus der Wohnung bewegen konnten, ausschließlich mit Hilfe der Sozialstation und anderer Dienste (Essen auf Rädern, Zivildienstleistende aus dem Alten- und Servicezentrum) versorgt wurden.

Betrachtet man nur die 8 bettlägerigen Patienten, so wohnten 4 mit Angehörigen zusammen, während die 4 anderen zwar von Angehörigen, oder Freunden mitbetreut wurden, diese jedoch nicht mit in der Wohnung lebten. Diese 4 Patienten stellen Grenzfälle der ambulanten Betreuung dar. In 2 Fällen war dies nur möglich, weil die Angehörigen sehr nahe wohnten (z.B. in der Wohnung darüber); in den anderen beiden Fällen erfolgte alsbald eine Alten- bzw. Pflegeheimeinweisung.

4.8.2 Örtliche und zeitliche Orientierung

Die zweite Frage an die Hausärzte bezog sich auf die örtliche und zeitliche Orientierung der Patienten. Es ergab sich folgendes Bild:

Tabelle 9: Aussagen zur Orientierung

<i>Orientierungsgrad</i>	<i>Anzahl der Patienten</i>
<i>voll orientiert</i>	<i>37</i>
<i>wechselhaft orientiert</i>	<i>12</i>
<i>nicht orientiert</i>	<i>3</i>

Mehr als 2/3 der Patienten (37) waren örtlich und zeitlich voll orientiert. Von den nicht oder wechselhaft orientierten Personen wohnten 9 alleine und 6 nicht alleine. Die 9 alleinlebenden Patienten waren Problemfälle. Berichte der Hausärzte, daß diese Patienten z.B. nachts auf der Straße herumirrten und die Polizei benachrichtigt werden mußte und Berichte der Schwestern über den Umgang der Patienten mit ihren Exkrementen deuteten dies an.

Betrachtet man Orientierungszustand und Mobilität zusammen, so war bei insgesamt 1/4 (13) der Patienten (alleinelebende Bettlägerige oder alleinelebende in der Orientierung Eingeschränkte) die Belassung in der eigenen Häuslichkeit mit ambulanter Betreuung als sehr problematisch einzuschätzen.

Ein weiteres 1/4 (13) der Patienten, war sowohl außerhalb der Wohnung mobil wie auch voll orientiert.

Das folgende Schaubild (Abb. 5) zeigt die Kombination von eingeschränkter oder nicht eingeschränkter Mobilität und Orientierung nach der Häufigkeit:

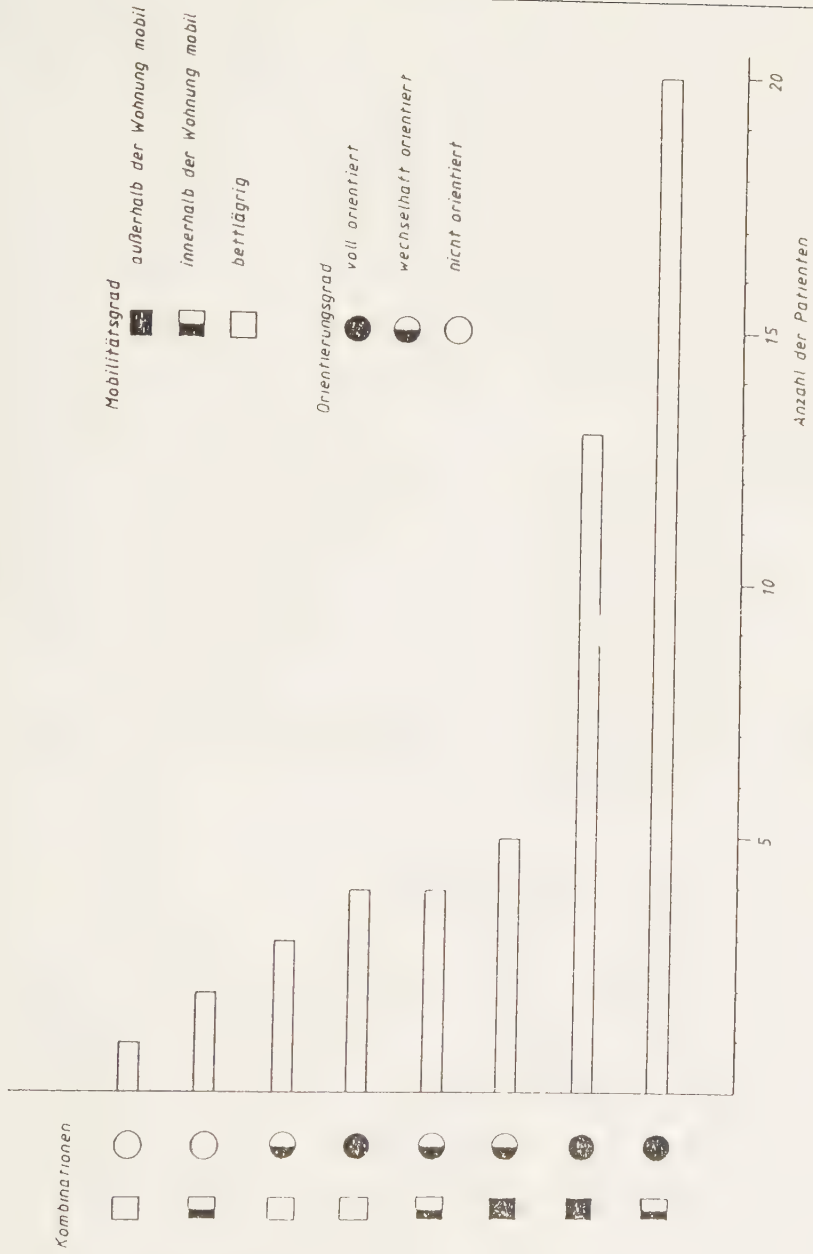


Abbildung 5 Kombinationen von Mobilitäts- und Orientierungsgrad nach Häufigkeit

4.8.3 Einzelne Diagnosen

Der dritte Teil des Fragebogens bezog sich auf einzelne Diagnosen. Diese wurden in folgende Gruppen gegliedert:

- A. Herz-Kreislauserkrankungen
- B. Stoffwechselerkrankungen
- C. Erkrankungen des Bewegungsapparates
- D. Neurologische Erkrankungen
- E. Psychische Erkrankungen
- F. Tumoren
- G. Erkrankungen des Verdauungsapparates
- H. Erkrankungen des Urogenitalsystems
- I. Schwere Hör- und/oder Sehbehinderung
- K. Periphere Gefäßerkrankungen (Durchblutungsstörungen, Varizen)
- L. Sonstiges

Es wurden nur länger bestehende, keine akuten Erkrankungen aufgenommen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Die Häufigkeit der Nennungen in den oben ausgeführten Gruppen zeigt Tabelle 10.

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Diagnosen auf Krankheitsgruppen

<i>Krankheitsgruppe</i>	<i>Anzahl der Nennungen</i>
<i>Herz- und Kreislauferkrankungen</i>	95
<i>Erkrankungen des Bewegungsapparates</i>	61
<i>Psychische Erkrankungen</i>	40
<i>Stoffwechselerkrankungen</i>	35
<i>Neurologische Erkrankungen</i>	27
<i>Periphere Gefäßerkrankungen</i>	15
<i>Erkrankungen des Verdauungstraktes</i>	14
<i>Erkrankungen des Urogenitalsystems</i>	14
<i>Schwere Hör- und/oder Sehminderung</i>	13
<i>Sonstiges</i>	10
<i>Tumoren</i>	7

Die Gesamtzahl der Nennungen in allen 11 Gruppen beträgt 331. Das bedeutet bei einer Anzahl von 52 Patienten 6,3 Diagnosen pro Patient. 78% der Nennungen entfallen auf die ersten 5 Krankheitsgruppen.

Tabelle 11 zeigt die 16 am häufigsten genannten Diagnosen. Auf die Nennung der Diagnosen ab dem 17. Platz wurde verzichtet; die Häufigkeit liegt hier etwa bei 1,5% aller Diagnosen.

Tabelle 11: Die 16 am häufigsten genannten Diagnosen

<i>Diagnosen</i>	<i>Anzahl der Nennungen</i>
1. Herzinsuffizienz	33
2 Hypertonie	25
3 Cerebralsklerose	23
4. Coronare Herzerkrankung	21
5 Diabetes mellitus	20
6. Degenerative WS-Veränderungen	17
7. Marbus Parkinson	11
8. Kardiale Rhythmusstörungen	10
Coxarthrose	10
Gonarthrose	10
11. Depression	9
12. Schlaffe und/oder spastische Lähmung	8
13. Hyperuricämie	7
Osteoporose	7
15. Hypotonie	6
Fettstoffwechselstörung	6

Tabelle 12: Häufigkeit der Nennung der 5 wichtigsten Krankheitsgruppen bei unterschiedlich mobilen Patienten (Max.=1,00)

Krankheitsgruppen	Anteil der Nennungen		
	in Gruppe 1	in Gruppe 2	in Gruppe 3
1. Herz- und Kreislauferkrankungen	0,75	1,00	0,89
2. Stoffwechselerkrankungen	0,63	0,42	0,50
3. Erkrankungen des Bewegungsapparates	1,00	0,73	0,61
4. Neurologische Erkrankungen	1,00	0,46	0,28
5. Psychische Erkrankungen	0,63	0,62	0,56

Gruppe 1 = bettlägerige Patienten
(n = 8)

Gruppe 2 = innerhalb der Wohnung mobile Patienten
(n = 26)

Gruppe 3 = außerhalb der Wohnung mobile Patienten
(n = 18)

Aus Tabelle 12 ist ersichtlich, daß alle bettlägerigen Patienten an Erkrankungen des Bewegungsapparates und an neurologischen Erkrankungen litten. Bei den innerhalb der Wohnung mobilen Patienten standen Herz- und Kreislauferkrankungen an 1. Stelle, gefolgt von Erkrankungen des Bewegungsapparates. Gleiches trifft auf die noch außerhalb der Wohnung mobilen Patienten zu, nur erfolgte die Nennung der jeweiligen Krankheitsgruppe weniger häufig als bei den innerhalb der Wohnung mobilen Patienten.

Bemerkenswert ist, daß in allen 3 Mobilitätsgruppen über die Hälfte der Patienten an psychischen Erkrankungen litt. ¹⁾

1) Die Diagnose "Cerebralsklerose" wurde zu den psychischen Erkrankungen gezählt.

4.9 Kostenrechnung

Die - mit den Patienten selbst, den Krankenkassen und dem Sozialamt abgerechneten - Kosten der 56 im 3. Quartal 83 betreuten Patienten beliefen sich auf insgesamt 33.357.10 DM. Bei den folgenden Berechnungen wurden nur die Kosten der 52 Patienten berücksichtigt, von denen die Diagnosen bekannt. Die Gesamtkosten betrugen für diese 52 Patienten 32.251,90 DM.

Grundlage für die Abrechnung der Kosten sind Gebührensätze, die in den Rahmenvereinbarungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Wohlfahrtsverbänden festgelegt wurden, die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz und die daran in etwa angeglichenen Gebührensätze für die Selbstzahler. Leihgebühren für Betten, Rollstühle etc. wurden nicht berücksichtigt.

Tabelle 13: Verteilung der Leistungen auf die Kostenträger

<i>Kostenträger</i>	<i>Kosten</i>	
	<i>in DM</i>	<i>in Prozent</i>
<i>Krankenkassen</i>	25 145 30	78,0
<i>Privat getragene Kosten</i>	6 174 60	19,1
<i>Sozialamt</i>	932 00	2,9

Der weitaus größte Anteil der Kosten wurde somit von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

Tabelle 14: Aufteilung der Gesamtkosten im 3. Quartal 83
nach Mobilitätsgrad der Patienten

Mobilitätsgrad	Kosten	
	in DM	in Prozent
Bettlägrige Patienten	6.760,50	21,0
Innerhalb der Wohnung mobile Patienten	17.605,40	54,6
Außerhalb der Wohnung mobile Patienten	7.886,00	24,5

Über die Hälfte der Gesamtkosten wurde von den 26 innerhalb der Wohnung mobilen Patienten verursacht. Die Kosten für 8 bettlägrige Patienten beliefen sich nahezu auf die gleiche Höhe wie die Kosten für 18 außerhalb der Wohnung mobile Patienten.

Tabelle 15: Privat getragene Kosten in Abhängigkeit vom
Mobilitätsgrad

Mobilitätsgrad	Anteil der privat getragenen Kosten in Prozent
Bettlägrige Patienten	41,4
Innerhalb der Wohnung mobile Patienten	16,6
Außerhalb der Wohnung mobile Patienten	5,9

Der selbst getragene Anteil an den Gesamtkosten war bei den bettlägrigen Patienten am höchsten.

Die Errechnung des Tagessatzes erfolgte aufgrund des Quotienten

Kosten

Anzahl der Betreuungstage

Als Betreuungstage zählten alle Tage, vom ersten Tag der Betreuung bis zum Quartalsende oder z.B. einer Verlegung ins Pflegeheim. Miteingerechnet wurden auch Tage (z.B. Sonntag), an denen keine Betreuung durch die Sozialstation nötig war. Der monatliche Satz ergab sich aus der Multiplikation des Tagessatzes mit 30.

Tabelle 16: Tages- und Monatssatz in Abhängigkeit vom Mobilitätsgrad

<i>Mobilitätsgrad</i>	<i>Tagessatz in DM</i>	<i>Monatssatz in DM</i>
<i>Bettlägrige Patienten</i>	<i>1520</i>	<i>45600</i>
<i>Innerhalb der Wohnung mobile Patienten</i>	<i>1040</i>	<i>31200</i>
<i>Außerhalb der Wohnung mobile Patienten</i>	<i>850</i>	<i>25500</i>

5. DISKUSSION

Die Struktur der untersuchten Sozialstation kann aus folgenden Gründen als typisches Beispiel für eine Sozialstation gelten:

1. Sie bietet das in den Förderungsrichtlinien des Bayr. Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung festgelegte Angebot "Kranken- und Altenpflege" sowie "Haus- und Familienpflege" an. (16, S.10)
2. Im Jahre 1983 wurden 6 Fachkräfte (Krankenschwestern, Altenpflegerinnen) beschäftigt, davon waren 3 Vollzeit- und 3 Teilzeitkräfte. Zum Vergleich: In der vom INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG UND SOZIALWIRTSCHAFT bei 368 Sozialstationen durchgeführten Untersuchung war die Gruppe der mit 4 bis unter 6 Fachkräften besetzten Sozialstationen mit 27,4% die größte (Teilzeitkräfte zählen mit 0,5 Personen). (28, S.208)
3. Der Einzugsbereich ist mit 135.300 Personen zwar sehr groß für Bayern, jedoch nicht untypisch. In der o.g. Studie des INSTITUTS FÜR SOZIALFORSCHUNG UND SOZIALWIRTSCHAFT hatten unter 70 bayrischen Sozialstationen 45,7% einen Einzugsbereich von über 50.000 Personen, bundesweit waren es 21,7%. (28, S.147)

Die insgesamt 56 im 3. Quartal 83 von der untersuchten Sozialstation betreuten Personen waren durchschnittlich 81,5 Jahre alt; alle Betreuten waren über 65 Jahre. Damit bestätigt sich tendenziell das Ergebnis einer Untersuchung aller sozialpflegerischen Dienste durch das Bayr. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung aus dem Jahre 1976, wo "im Durchschnitt fast zwei Drittel der betreuten Personen älter als 65 Jahre" (16, S.22) waren.

49 von 56 Betreuten waren in der untersuchten Sozialstation Frauen; dies sind mehr als vier Fünftel. In der o.g. Studie des Bayr. Staatsministeriums wird von einem Frauenanteil von zwei Dritteln gesprochen. (16, S.22) Die überwiegende Benutzung der Sozialstation durch Frauen dürfte einerseits auf die höhere Lebenserwartung von Frauen, andererseits auf den Frauenüberschuß, bedingt durch den 2. Weltkrieg zurückzuführen sein. Während die

sozialpflegerischen Dienste im Jahre 1976 nahezu zur Hälfte alleinstehende Personen betreuten (16, S.22), waren in den eigenen Untersuchungen sogar mehr als zwei Drittel alleinstehend. Die hochbetagte, alleinlebende Frau war die am häufigsten betreute Person.

Bezüglich den, die Patienten zusammen mit der Sozialstation betreuenden Hausärzten, läßt sich folgendes aussagen: Gut die Hälfte der Patienten (59%) wurden von einem Allgemeinarzt oder von einem praktischen Arzt behandelt, 41% von einem Internisten. Berücksichtigt man die Anzahl der Kassenarztsitze in den Bezirken, in denen die untersuchte Sozialstation Pflegen durchführte, so entspricht das Niederlassungsverhältnis zwischen Allgemeinarzt/praktische Arzt und Internisten genau dem Betreuungsverhältnis (Berechnung aufgrund des Bedarfsplans für Kassenärztliche Versorgung in Bayern). Man kann daraus schließen, daß entsprechend dem Angebot, die betreuten Patienten gleich gerne bzw. gleich oft einen Allgemeinarzt oder Internisten aufsuchen. Die Entfernung zwischen Hausarzt und Patient betrug zum größten Teil nicht mehr als 2 km (bei 54 von 56 Patienten). Dies ist in einer Großstadt nicht überraschend.

Die Sichtung aller bis zum Jahre 1978 zurückliegenden Patientenakten zeigte, daß die im 3. Quartal 1983 betreuten Patienten zu zwei Dritteln (37 Patienten) bis zu einem Jahr betreut wurden, knapp die Hälfte (27) der Patienten wurde sogar nur bis zu einem halben Jahr betreut.

Bei der Beurteilung dieses Ergebnisses ist wichtig, daß die im 3. Quartal 83 betreuten Patienten eine Stichprobe darstellen, und die Betreuungsdauer nur retrospektiv, jedoch nicht über das 3. Quartal hinaus ermittelt wurde. Würde man alle diese Patienten bis zum Ende der Betreuung beobachten, so ergäbe sich wahrscheinlich eine Verschiebung hin zu einer längeren Betreuungsdauer.

Tabelle 17: Betreuungsdauer von Patienten aller sozialpflegerischen Dienste im Jahre 1976 (ermittelt durch das Bayr. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung) im Vergleich mit den eigenen Ergebnissen

Betreuungsdauer	Bayr. Staatsministerium f. Arbeit u. Sozialordnung ¹⁾	eigene Ergebnisse
1 Tag - 3 Mon.	22%	30%
3 Mon. - 6 Mon.	12%	18%
6 Mon. - 1 Jahr	10%	18%
1 Jahr - 3 Jahre	24%	23%
3 Jahre - 5 Jahre	13%	11%
5 Jahre u. länger	19%	k.A.

Gegenüber den Vergleichszahlen des Bayr. Staatsministeriums wurden die Patienten der untersuchten Sozialstation durchschnittlich etwas kürzer betreut. Während die vom Staatsministerium befragten Personen gut zur Hälfte angaben, die "sozialpflegerischen Dienste bereits seit mehr als einem Jahr in Anspruch zu nehmen" (16, S.22), waren dies in den eigenen Untersuchungen nur ein Drittel.

Dieses Ergebnis ist insofern erstaunlich, als es sich bei den Patienten der untersuchten Sozialstation durchwegs um hochbetagte, kranke Menschen - also um potentielle Langzeitpatienten - handelte, während bei der Pflegedauer aller sozialpflegerischen Dienste auch die kürzere Zeit in Anspruch nehmende Haus- und Familienpflege miteinbezogen ist.

Betrachtet man das weitere Schicksal der Patienten 6 bzw. 9 Monate ²⁾ später, so hat sich bei gut der Hälfte der Personen (33) die Situation verändert, während 41% weiter in Betreuung durch die Sozialstation waren. Genau ein Viertel aller Patienten war

1) 16, S. 24, Tab. 16

2) Stichtag war der 31.3.84, bis zu diesem Zeitpunkt waren die Patienten maximal 9 Monate in Betreuung (wenn sie schon zu Beginn des 3.Quartals besucht wurden), bzw. minimal 6 Monate, wenn die Betreuung erst in den letzten Septembertagen begann.

am Ende des 1. Quartals 84 verstorben, bei 7 weiteren Patienten hatte sich die gesundheitliche Situation so stark verschlechtert daß sie ins Alten- bzw. Pflegeheim oder zu Familienangehörigen verzogen waren. Ungefähr jeder 10. Patient (insgesamt 6) war zum o.g. Zeitpunkt wieder so selbständig, daß er ohne Hilfe der Sozialstation wieder zurechtkam. Bei weiteren 6 Personen konnten die genauen Gründe, warum sie wieder ohne Betreuung durch die Sozialstation waren, nicht ermittelt werden.

Von 52 der insgesamt 56 im 3. Quartal 83 durch die untersuchte Sozialstation betreuten Patienten konnten von den Hausärzten Informationen über Bewegungsfähigkeit, Orientierungszustand und Diagnosen in Erfahrung gebracht werden. Knapp zwei Drittel (34) waren in ihrer Bewegungsfähigkeit so weit eingeschränkt, daß sie ohne Hilfe die Wohnung nicht mehr verlassen konnten. Dagegen waren gut zwei Drittel (37) örtlich und zeitlich voll orientiert bei knapp einem Drittel (15) der Patienten war die Orientierung wechselhaft oder nicht mehr gegeben. Eine Einschränkung der Bewegungsfähigkeit war also häufiger als eine Einschränkung der Orientierungsfähigkeit festzustellen.

Bei den einzelnen Erkrankungen standen die Herz- und Kreislauferkrankungen mit 95 Nennungen an 1. Stelle, an 2. Stelle die Erkrankungen des Bewegungsapparats (61 Nennungen), an 3. Stelle die psychischen Erkrankungen (40 Nennungen), an 4. Stelle die Stoffwechselerkrankungen (35 Nennungen) und an 5. Stelle die neurologischen Erkrankungen mit 27 Nennungen. Vergleicht man die Ergebnisse des MIKROZENSUS von 1978 (Repräsentativstatistik, die in zweijährigen Abständen in ca. 230.000 Haushalten durchgeführt wird und u.a. Fragen zur Gesundheit/Morbidität enthält) mit den eigenen Ergebnissen, so zeigt sich bei den über 65jährigen eine Übereinstimmung in Bezug auf die 1. Stelle (Herz- und Kreislauferkrankungen) und in Bezug auf die 2. Stelle (Erkrankungen des Bewegungsapparats). (10, S.316) Die in den MIKROZENSUS - Erhebungen an 3. Stelle stehenden Erkrankungen der Atmungsorgane wurden in den eigenen Untersuchungen so wenig genannt, daß sie lediglich in der Kategorie "Sonstiges" enthalten sind. Ein Grund hierfür

mag sein, daß sie auf dem Fragebogen für die Hausärzte nicht als Kategorie genannt waren; allerdings wurden sie dann auch auf die Frage nach "sonstigen Erkrankungen" hin nicht genannt. Ein weiterer wichtiger Unterschied besteht darin, daß in den MIKROZENSUS - Erhebungen psychische und neurologische Erkrankungen (zu einer Gruppe zusammengefaßt) erst auf Rang 8 rangieren, während die psychischen Erkrankungen in den eigenen Untersuchungen schon an dritter Stelle stehen. Da die MIKROZENSUS - Erhebung auf einer Selbsteinschätzung der Befragten beruht, könnte sich dieser Umstand bei der Einschätzung psychischer Erkrankungen auswirken. Eine andere Möglichkeit ist, daß psychische Erkrankungen bei den von Sozialstationen Betreuten häufiger sind als in der gleichaltrigen übrigen Bevölkerung.

Von SOZIALDATA (Institut für empirische Sozialforschung GmbH) wurde im Jahre 1978 eine Repräsentativstudie zu Hause lebender Pflegebedürftiger durchgeführt. Die Pflegebedürftigen wurden entsprechend verschiedenen Graden von Hilfebedürftigkeit in 4 Gruppen A, B, C und D ¹⁾ eingeteilt. Wiederum stehen hier in allen 4 Gruppen die Herz- und Kreislauferkrankungen an 1. Stelle, gefolgt von den Erkrankungen des Bewegungsapparates. In deutlichen Abstand stehen an 3. Stelle in den Gruppen A, B und C Erkrankungen des Nervensystems, der Sinnesorgane und psychische Störungen sowie an 4. Stelle Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen. Die Häufigkeitsverteilung auf den ersten 4 Rängen kommt somit derjenigen der eigenen Untersuchungen nahe.

Leider sind Untersuchungen, die sich speziell mit Sozialstationen beschäftigen bezüglich der Diagnosen so ungenau, daß sie nicht zu einem Vergleich mit den eigenen Ergebnissen herangezogen werden können.

Die einzelnen Diagnosen möchte ich im folgenden mit denen einer Innenstadtpraxis und einer medizinischen Poliklinik vergleichen:

1) Definition siehe S. 5/6

Tabelle 18: Häufigkeit der Diagnosen bei 65jährigen und älteren, von einer Sozialstation betreuten Patienten mit etwa gleichaltrigen Patienten einer Innenstadtpraxis und einer Poliklinik (Angaben in Prozent)

Diagnosen	Innenstadt- praxis ¹⁾ (n=284)	Poliklinik Basel ²⁾ (n=140)		eigene Ergebnisse (n=52)
		Männer	Frauen	
Herzinsuffizienz	36	29	37	64
Hypertonie	48	69	82	48
WS-Syndrome	29	k.A.	k.A.	33
Zerebrale Minder- durchblutung	11	13	16	44
Koronarsklerose	9	13	9	40
Diabetes mellitus	24	16	20	39
Arthrosen	11 (nur Gon- arthrosen)	20	33	39
Hyperurcämie	6	k.A.	k.A.	14
chron. Bronchitis	10	51	33	k.A.
Depression	k.A.	k.A.	k.A.	17

k.A. = keine Angaben

Um die eigenen Ergebnisse mit den anderen vergleichen zu können, wurden trotz der kleinen Fallzahl (n=52) Prozentwerte ermittelt. Im Vergleich wird deutlich, daß die Patienten der untersuchten Sozialstation meist höhere Prozentzahlen bei den einzelnen Diagnosen erreichen. Dies weist auf eine durchschnittlich höhere Morbidität hin.

1) 1, S.863, Tab. 3

2) 8, S.44, Tab. 9. Die Patienten waren 70 Jahre und älter.

Der Multimorbiditätsindex liegt in den eigenen Untersuchungen bei 6,3 pro Patient. Dieser Wert ist etwas höher als die von Brandlmeier veröffentlichten Werte einer Stadtrandpraxis (4 Diagnosen pro Patient) und einer Stadtpraxis (5 Diagnosen pro Patient). (1, S.857-864) Auch der von Frank, E. errechnete Wert von 5,05 für über 65jährige Patienten einer Landpraxis liegt unter dem eigenen Ergebnis. (5, S.12)

Die Diskussion um die ambulante oder stationäre Versorgung pflegebedürftiger Personen unter dem Kostenaspekt ist äußerst vielschichtig. Sowohl stationäre als auch ambulante Pflegesätze finanzieren sich nicht nur aus den Preisen für die entsprechenden Pflegeleistungen. Insbesondere sind bei einem Vergleich auf der stationären Seite die im Pflegesatz enthaltenen Pensionskosten (Miete incl. Heizung und Verpflegungskosten) und Subventionen (z.B. 700.- DM pro Monat für einen Platz in einem städtischen Alten- und Pflegeheim in München ¹⁾)) zu bedenken. Hinzu kommen Investitionskosten von ca. 80.000 DM für einen Altenheimplatz und ca. 120.000 DM für einen Pflegeheimplatz. ¹⁾

Demgegenüber steht die Tatsache, daß auch der ambulante Bereich nicht kostendeckend arbeiten kann. Bei den gegenwärtig geltenden Gebührensätzen konnten in der untersuchten Sozialstation nur rund 40% der Gesamtkosten durch Kostenerstattung von Selbstzahlern, Krankenkassen und dem Sozialamt erbracht werden, 18% der Kosten kamen aus Zuschüssen kommunaler und staatlicher Stellen, ca. 41% von kirchlichen Institutionen (u.a. Gemeinden, Wohlfahrtsverband). Zum Vergleich: Eine Untersuchung von 20 ambulanten Pflegediensten durch FORUM SOZIALSTATION (27) ergab eine Kostendeckung zwischen 74% und 34%. (27, S.72) ²⁾

Die Frage, ob die ambulante oder die stationäre Versorgung Pflegebedürftiger kostengünstiger ist, kann nur aufgrund der gegenwärtigen Finanzierungsstruktur und unter Berücksichtigung der Frage "Für wen?" (für die Krankenkassen, den Staat oder den Patienten) beantwortet werden.

Um der schwierigen Thematik gerecht zu werden, wird der Kostenvergleich zwischen ambulanter und stationärer Pflege in folgende Schritte aufgegliedert:

1. Berechnung eines - mit der stationären Pflege vergleichbaren - monatlichen Pflegesatzes für die ambulante Pflege

-
- 1) Angaben aufgrund der Auskunft des Sozialreferats der Stadt München, Abteilung Gerontologie
 - 2) Im Unterschied zu den eigenen Untersuchungen sind bei der Bestimmung des Ausmaßes der Kostendeckung Beiträge von Pflege- und Fördervereinen mit 2,8% und Spenden mit 1,3% miteinberechnet.

2. Vergleich dieses Pflegesatzes mit den Preisen für Alten- und Pflegeheimplätze in München ¹⁾ unter Berücksichtigung unterschiedlicher Mobilitätsgrade
3. Vergleich der kostendeckenden Tagessätze für unterschiedliche Mobilitätsgrade aus der eigenen Untersuchung mit den Ergebnissen des INSTITUTS FÜR URBANISTIK (22) (Ermittlung von Tagessätzen für 4 verschiedene Grade von Versorgungsbedürftigen bei ambulanter Pflege)

1. Berechnung eines - mit der stationären Pflege vergleichbaren - monatlichen Pflegesatzes für die ambulante Pflege

Alle folgenden Berechnungen erfolgten aufgrund der zum Zeitpunkt der Untersuchungen geltenden Gebührensätze bei der Abrechnung mit Krankenkassen, Selbstzahlern und dem Sozialamt.

Bei der Berechnung des Tagessatzes für den jeweiligen Mobilitätsgrad wurden die Gesamtkosten für diese Gruppe durch die Gesamtzahl der Tage des Betreuungszeitraums dividiert; d.h. es wurden auch Tage, an denen keine Betreuung stattfand, miteinberechnet. Der Monatssatz errechnete sich sodann durch Multiplikation mit 30. Diese Art der Berechnung erscheint mir im Hinblick auf einen Vergleich mit der stationären Pflege wichtig, weil hierdurch der wesentliche Kostenvorteil der ambulanten Pflege "nur soviel als nötig" ausgedrückt wird. Ich darf hier auf eine ähnliche Berechnungsart im Forschungsbericht des INSTITUTS FÜR URBANISTIK über "Sozialstationen" verweisen. (22, S.62-68)

Mangels entsprechender Daten aus München wurden aus dem o.g. Forschungsbericht die dort angenommenen Tagessätze für Pensionskosten (Miete incl. Heizung und Verpflegung) für ambulant Betreute übernommen:

Für Miete incl. Heizung sind dies 8.- DM, für Verpflegung 12. DM pro Tag (22, S.61); somit 600.- DM pro Monat.

Da die im Ergebnisteil dargestellten Monatssätze für die Pflegeleistungen der Sozialstation nur zu rund 40% kostendeckend waren, ergeben sich bei Kostendeckung (Berechnung auf 100%) die in der Tabelle 19 dargestellten Preise.

1) s. Anlage 6

Tabelle 19: Kostendeckender monatlicher Pflegesatz der ambulanten Pflege für unterschiedliche Mobilitätsgrade (in DM)

Mobilitätsgrad	Errechneter Monatssatz für Pflegeleistungen	Kostendeckender Monatssatz für Pflegeleistungen
Bettlägrige P.	456.-	1140.-
Innerhalb der Wohn. mobile P.	312.-	780.-
Außerhalb der Wohn. mob. P.	255.-	637.50

Tabelle 20: Kostendeckender Monatssatz für Pflegeleistungen plus Pensionskosten (in DM) = mit der stationären Pflege vergleichbarer Pflegesatz (für unterschiedliche Mobilitätsgrade)

Mobilitätsgrad	Kostendeckender Monatspflegesatz plus Pensionskosten
Bettlägrige P.	1740.-
Innerhalb der Wohn. mobile P.	1380.-
Außerhalb der Wohn. mobile P.	1237.-

2. Vergleich der eigenen Ergebnisse mit den Kosten für Alten- und Pflegeheimplätze in München

Bisher wurde in der stationären Betreuung lediglich nach Allgemein- und Pflegebereich unterschieden. Laut Stadtratsbeschluß vom 26.9.84 kann in Zukunft für Leichtpflege, d.h. für "erhöhte Betreuung im Allgemeinbereich" ein Zuschlag von 8.- DM täglich bzw. 240.- DM monatlich erhoben werden. (34, S.17)

"Erhöhte Betreuung" brauchen "Heimbewohner, die infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Gebrechen bei einzelnen Verrichtungen des täglichen Lebens nicht nur vorübergehend der Pflege oder Hilfe bedürfen". (30, S.5)

Beim folgenden Vergleich der eigenen Ergebnisse mit den Pflegesätzen im Allgemeinbereich muß der Zuschlag für Leichtpflege folglich zumindest bei nur noch innerhalb der Wohnung mobilen Patienten erfolgen.

Tabelle 21: Vergleich der Kosten für außerhalb der Wohnung
mobile Patienten /in DM

Kostendeckender Monatssatz für ambulante Pflege (u.Pensionskosten)	Monatssatz für einen städtischen Alten- heimplatz	Monatssatz für einen nichtstädtischen Altenheimplatz
1237.50 ¹⁾ (durchschn.)	825.-(min.) ²⁾ 2600.-(max.) ²⁾	1282.- (durchschn.)

Auf den ersten Blick scheint für noch außerhalb der Wohnung mobile Patienten die stationäre Betreuung eine kostengünstige

1) Der Anteil an kommunalen und staatlichen Zuschüssen in der untersuchten Sozialstation betrug 18%, d.h. in diesem Pflegesatz stecken 114.75 DM öffentlicher Zuschuß (18% von 637.50 DM = kostendeckender Pflegesatz)

2) 700.- DM öffentlicher Zuschuß sind nötig, um einen Platz zu diesem Preis anbieten zu können.

Alternative zur ambulanten Betreuung zu sein. Diese Sicht ändert sich zugunsten der ambulanten Betreuung, wenn man folgende Punkte bedenkt:

1. Städtische Altenheimplätze unter 1000.- DM monatlich stehen nur in Kategorie 1 (Zimmer mit einfacher Ausstattung) und nur in sehr begrenztem Umfang zur Verfügung.
2. Der privat getragene Anteil am errechneten Monatssatz für Pflegeleistungen beträgt bei ambulanter Pflege für diese Patientengruppe 5,9%, das sind durchschnittlich ca. 15.-DM im Monat.

Für die öffentliche Hand ist der Anteil der Subventionen, der an die Sozialstation gegeben wird, geringer als derjenige, mit dem städtische Altenheime subventioniert werden (siehe Anlage 1 u. 2, S.51). Diese Situation mag sich verändern, wenn der Patient Sozialhilfeempfänger ist. Da aber nur 2,9% der Pflegekosten in meine Untersuchungen vom Sozialamt bezahlt wurden, möchte ich auf diesen Aspekt hier nicht näher eingehen.

Tabelle 22: Vergleich der Kosten für innerhalb der Wohnung
mobile Patienten (in DM)

Kostendeckender Monatssatz für ambulante Pflege	Monatssatz für einen städtischen Alten- heimplatz (+Leichtpflegezu- schlag ²⁾)	Monatssatz für einen nichtstädtischen Altenheimplatz (+Leichtpflegezu- schlag ²⁾)
1380.- ¹⁾ (durchschn.)	1065.-	1522.-

Für innerhalb der Wohnung mobile Patienten ist die Situation ähnlich wie für außerhalb der Wohnung mobile Patienten. Bei dieser Gruppe von Patienten ist die ambulante Pflege tendentiell

1) Anteil der Zuschüsse der Kommune und des Staats, 18% des kostendeckenden Pflegesatzes von 780.- DM = 140.40 DM

2) 8.- DM pro Tag, 240.- DM pro Monat

noch günstiger als bei der ersteren Gruppe (z.B. im Vergleich mit dem Durchschnittspreis für einen Platz in einem nicht-städtischen Altenheim). In dieser Gruppe beträgt der privat getragene Anteil an den errechneten Pflegekosten bei ambulanter Pflege 16,6%, das sind durchschnittlich 51.80 DM monatlich.

Für denjenigen Patienten, der sich nur noch innerhalb seiner Wohnung bewegen kann, ist die ambulante Pflege kostengünstiger. Ob seine Lebenshaltungskosten insgesamt zu Hause niedriger als im Heim sind, hängt natürlich von der Mietbelastung, den Kosten für Verpflegung und vom Hilfepotential der Angehörigen/Freunde bei der Hausarbeit ab.

Auch für die Krankenkassen dürfte die ambulante Betreuung von innerhalb der Wohnung mobilen Patienten günstiger sein. Bei über 80jährigen, zum großen Teil alleinlebenden Patienten mit erheblicher Bewegungseinschränkung würden sich bei Krankenhauseinweisungen sicher lange Liegezeiten ergeben.

Tabelle 23: Vergleich der Kosten für bettlägrige Patienten (in DM)

Kostendeckender Monatssatz für ambulante Pflege	Monatssatz für einen städtischen Pflegeplatz	Monatssatz für einen nichtstädtischen Pflegeplatz
1740.- ¹⁾ (durchschn.)	1890.-(min.) 2550.-(max.)	2270.- (durchschn.)

Für bettlägrige Pflegebedürftige ist die ambulante Betreuung sowohl für den Patienten selbst, wie auch für den Staat und die Krankenkassen günstig. Lügen die Patienten im Krankenhaus, müßten bei Pflegesätzen von - in jedem Fall - über 200.- DM pro Tag alle Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Bei fast 70% Sozialhilfeempfängern unter den Pflegebedürftigen in Heimen (Modellprogramm "Ambulante Dienste für Pflegebedürftige" des Bundesministeriums Jugend, Familie und Gesundheit; 18, .2) ist selbst für diesen Fall die ambulante Versorgung für den Staat

1) 18% Zuschuß des kostendeckenden Pflegesatzes von 1140.- DM = 205.20 DM

billiger, weil der in der vorliegenden Untersuchung errechnete Pflegesatz plus Pensionskosten unter dem niedrigsten Heimpflegesatz liegt.

Der niedrige Pflegesatz für die ambulante Betreuung Pflegebedürftiger ergibt sich allerdings nicht zuletzt dadurch, weil Angehörige/Freunde kostenlos Mitarbeit geleistet haben. Diese Mitarbeit ist vor allem im hauswirtschaftlichen Bereich nötig, da dieser Bereich von der Sozialstation nur in geringem Ausmaß abgedeckt werden kann.

Bettlägrige Patienten haben in meinen Untersuchungen durchschnittlich 41,4% der Pflegekosten, das sind 188.80 DM im Monat, selbst getragen. Das ist ein erheblich höherer Anteil als bei außerhalb und innerhalb der Wohnung mobilen Patienten. Es scheint so, als würde das Engagement von Angehörigen (ohne deren Mitarbeit die häusliche Pflege Bettlägriger kaum möglich wäre) durch die geltende Kostenregelung nicht honoriert. Durch die Gebührensätze der gesetzlichen Krankenkassen werden z.B. Insulininjektionen bei Diabetikern erheblich höher vergütet als Pflegeleistungen bei einem Apoplexpatienten.

In diesem Zusammenhang möchte ich kurz auf das vom Verband der bayrischen Bezirke vorgestellte "Bayern-Modell" zur Lösung des Problems der Pflegekosten-Versicherung eingehen (33, S.22). Das Modell sieht vor, daß die gesetzlichen Krankenkassen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen einen Pauschalbetrag von zehn Mark pro Tag übernehmen. Der in meinen Untersuchungen errechnete Tagessatz von 8.50 DM für außerhalb der Wohnung mobile Patienten, von 10.40 DM für nur noch innerhalb der Wohnung mobile Patienten und von 15.20 für Bettlägrige ist aber zum jetzigen Zeitpunkt schon nur zu 40% kostendeckend!

3. Vergleich der vom INSTITUT FÜR URBANISTIK ermittelten
Tagessätze für Versorgungsbedürftige mit den eigenen
Tagessätzen

Das INSTITUT FÜR URBANISTIK hat von 1980 bis 1982 in Bonn eine Bestands-, Bedarfs- und Effizienzanalyse der Hilfen für Pflegebedürftige - insbesondere durch Sozialstationen - durchgeführt.

In diesem Zusammenhang wurden für 4 verschiedene Grade von Versorgungsbedürftigkeit beispielhaft die Kosten berechnet:
(22, S.60-68)

- A. Hilfebedürftigkeit (ausschließlich hauswirtschaftliche Hilfe)
- B. Leichter Grad von Pflegebedürftigkeit (2 Stunden hauswirtschaftliche und 1 Stunde körperliche Versorgung pro Woche)
- C. Mittlerer Grad von Pflegebedürftigkeit (30 Minuten körperliche Pflege pro Tag und 2 Stunden hauswirtschaftliche Hilfe pro Woche)
- D. Schwere Pflegebedürftigkeit (45 Minuten körperliche Pflege pro Tag und 2 Stunden hauswirtschaftliche Hilfe pro Woche)

Die via Stundenhonorare errechneten Tagessätze sind effektive Kosten der Pflegeleistung (Vollkosten) für die oben skizzierten Modellfälle.

Die Tagessätze in den eigenen Untersuchungen beruhen hingegen auf einer - nach Mobilitätsgrad - (personenzentrierten) Ermittlung der von Selbstzahlern, Krankenkassen und dem Sozialamt erstatteten Beträge. Da diese Pflegeentgelte insgesamt nur 40% der Gesamtkosten abdecken erfolgte, in einem weiteren Schritt die Berechnung auf 100%.

Tabelle 24: Vergleich der Tagespflegesätze des INSTITUTS FÜR URBANISTIK mit den Tagespflegesätzen aus den eigenen Untersuchungen

Tagespflegesätze(Vollkosten) des INSTITUTS FÜR URBANISTIK (in DM) ¹⁾	Tagespflegesätze(Vollkosten) aus eigenen Untersuchungen (in DM)
Fall A: 25.10	-
Fall B: 29.25	außerhalb der Wohnung mobile Patienten: 41.25
Fall C: 44.05	innerhalb der Wohnung mobile Patienten: 46.-
Fall D: 84.- 48.50 (ohne Haus- haltshilfe)	bettlägrige Patienten: 58.-

Ein Vergleich der Tagessätze aus den eigenen Ermittlungen, mit denen des INSTITUTS FÜR URBANISTIK ist nur bedingt möglich. Zum Beispiel wurde in der untersuchten Sozialstation nur wenig Haushaltshilfe geleistet, sicher nicht in dem Umfang wie in den Beispielen des INSTITUTS FÜR URBANISTIK angenommen. Man kann generell sagen, daß in den etwa vergleichbaren Graden von Hilfsbedürftigkeit, die Tagessätze der eigenen Untersuchungen (Durchschnittswerte) höher liegen als in den Modellbeispielen des INSTITUTS FÜR URBANISTIK.

Im Beschluß des Sozialhilfeausschusses vom 7.7.1983 (29, S.3) wird als kostendeckender Pflegesatz je Tagespflege 212.- DM täglich angegeben.

In den eigenen Untersuchungen lag der kostendeckende Pflegesatz für Bettlägrige pro Tag bei 38.- DM, für innerhalb der Wohnung mobile Patienten bei 26.- DM und für noch außerhalb der Wohnung mobile Patienten bei 21.25 DM

1) 22, S. 60-68

Die enorme Differenz zwischen beiden Tagessätzen ergibt sich wohl daraus, daß bei keinem der während des 3. Quartals von der Sozialstation betreuten Patienten eine 8-stündige Tagespflege nötig war.

6. ZUSAMMENFASSUNG

In der am östlichen Innenstadtrand Münchens gelegenen Sozialstation wurden im 3. Quartal 1983 insgesamt 56 Personen, davon 49 Frauen und 7 Männer, betreut. Das Durchschnittsalter lag bei 81,5 Jahren; gut zwei Drittel der Patienten wohnten allein.

59% der Patienten wurden von einem Allgemeinarzt/praktischen Arzt, 41% von einem Internisten hausärztlich betreut. Die Praxis der Ärzte war lediglich bei 2 Patienten weiter als zwei km vom Wohnort des Betreuten entfernt.

Zwei Drittel der Patienten waren zum Untersuchungszeitpunkt bis zu einem Jahr in Betreuung, lediglich jeder 5. Patient wurde länger als 2 Jahre durch die Sozialstation betreut.

Am Ende des 1. Quartals 84 hatte sich die Situation von 59% (33) der Personen verändert: 14 Personen waren verstorben, bei 7 weiteren hatte sich der Gesundheitszustand so stark verschlechtert, daß sie in ein Alten- bzw. Pflegeheim oder zu Familienangehörigen verzogen, bei 6 Personen blieb unbekannt, warum sie wieder ohne Betreuung durch die Sozialstation waren. Ungefähr jeder 10. Patient (insgesamt 6) erlangte im Anschluß an die Pflege durch die Sozialstation wieder so viel Selbständigkeit, daß er in seinem häuslichen Bereich allein zurechtkam. 41% (23) der Patienten waren am 31.3.84 weiterhin in Betreuung.

Eine Befragung der Hausärzte von 52 Patienten ergab, daß knapp zwei Drittel (34), in ihrer Bewegungsfähigkeit so stark eingeschränkt waren, daß sie ihre Wohnung allein nicht mehr verlassen konnten. Knapp ein Drittel (15) ist wechselhaft oder nicht orientiert.

78% aller Diagnosen entfielen auf die folgenden Krankheitsgruppen: Herz- und Kreislauferkrankungen (95 Nennungen), Erkrankungen des Bewegungsapparats (61 Nennungen), psychische Erkrankungen (40 Nennungen), Stoffwechselerkrankungen (35

Nennungen) und neurologische Erkrankungen (27 Nennungen).

Die 16 am häufigsten genannten Diagnosen waren in abnehmender Reihenfolge: Herzinsuffizienz, Hypertonie, Cerebralsklerose, Coronare Herzerkrankung, Diabetes mellitus, Degenerative WS-Veränderungen, M. Parkinson, kardiale Rhythmusstörungen, Coxarthrose, Gonarthrose, Depression, schlaffe/spastische Lähmungen, Hyperuricämie, Osteoporose, Hypotonie und Fettstoffwechselstörungen.

Der Multimorbiditätsindex betrug 6,3 (Diagnosen pro Patient).

Aus den in der untersuchten Sozialstation vorliegenden Abrechnungen mit Krankenkassen, Selbstzahlern und dem Sozialamt konnte ein durchschnittlicher monatlicher Pflegesatz von 456,-DM für bettlägrige Patienten, von 312,- DM für noch innerhalb der Wohnung mobile Patienten sowie von 255,- DM für außerhalb der Wohnung mobile Patienten errechnet werden. Davon wurden von den bettlägrigen Patienten durchschnittlich 41,4%, von den innerhalb der Wohnung mobilen Patienten 16,6% und von den außerhalb der Wohnung mobilen Patienten 5,9% selbst getragen.

Da die Kostendeckung durch die Pflegeanteile in der untersuchten Sozialstation lediglich rund 40% betrug, würden sich die kostendeckenden Pflegesätze für Bettlägrige auf 1140,- DM, für innerhalb der Wohnung mobile Patienten auf 780,- DM und für außerhalb der Wohnung mobile Patienten auf 637,50 DM belaufen.

Für den Patienten ist die ambulante Pflege - bei der gegenwärtigen Finanzierungsstruktur - in jedem Fall kostengünstiger als das Alten- bzw. Pflegeheim. Kostenlose Mithilfe von Angehörigen im Haushalt ist jedoch zumindest bei bettlägrigen Patienten nötig.

Auch für die öffentliche Hand und die gesetzlichen Krankenkassen ist die ambulante Pflege aufgrund der Ergebnisse der untersuchten Sozialstation eine kostengünstige Alternative zur stationären Pflege. Ob dies generell der Fall ist, kann nicht mit letzterendlicher Sicherheit gesagt werden, da hier zum einen repräsentative Daten im ambulanten Bereich erhoben werden müßten, und sich zum anderen große regionale Unterschiede bezüglich der städtischen

und staatlichen Förderungsrichtlinien ergeben.

In der vorliegenden Untersuchung wurde nicht auf die Kostensituation bei Orientierungsgestörten eingegangen. Aufgrund der kleinen Fallzahl (15) und der Überlagerung mit Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit erschien dies nicht aussagekräftig.

7 LITERATURVERZEICHNIS

1. BRANDLMEIER, P.: Epidemiologie der Multimorbidität bei den älteren Patienten in der ärztlichen Allgemeinpraxis. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 60, 857-864 (1984)
2. DAHLEM, O.: Zu Problemen bei sozialen Diensten für alte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2, S.79-112 (1982)
3. DIECK M., NAEGELE G.: Sozialpolitik für ältere Menschen, Altersforschung in der Praxis, Bd.1, Heidelberg 1978
4. FORSTER, J.: Gute Erfahrungen mit Sozialstationen. In: Deutsches Ärzteblatt 28, S. 1365-1368 (1981)
5. FRANK, E.: Multimorbidität unter den älteren Patienten in einer ländlichen Allgemeinpraxis. Dissertation, München 1977
6. GÖPEL, H.e.a.: Zur Ermittlung von sozialen Versorgungslücken bei chronisch Kranken in der Allgemeinpraxis. In: Der praktische Arzt 22, (1978)
7. GRASSL, E.: In: Sozialstationen. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Karlsfeld 1983
8. GSELL O., MERIAN P.: Klinische Charakteristika der Krankheiten im hohen Alter. In: Gsell (Hrsg.), Krankheiten der über Siebzigjährigen, Bern, Stuttgart 1964
9. HEINEMANN-KNOCH M., DE RIJKE J., SCHACHTNER CH.: Auf Hilfe angewiesen. Zur Lebenssituation alter und kranker Menschen und ihrer Versorgung durch Sozialstationen. Unveröffentlichtes Manuskript, Augsburg 1984

10. HINSCHÜTZER U., MOMBER H.: Basisdaten über ältere Menschen in der Statistik der Bundesrepublik Deutschland. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin 1982
11. PFEIL-SCHLEY, V.: Ambulante Altenpflege: Möglichkeiten und Grenzen. In: Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jahrbuch für kritische Medizin 9, Berlin 1983
12. SCHACHTNER, CH.: Altsein und Altwerden in der Bundesrepublik. In: Lade (Hrsg.), Handbuch für Lebensfragen und kirchliche Erwachsenenbildung, Bad Homburg 1983
13. SCHLAUSS, H.-J.: Ambulante Pflegedienste. Sozialstationen: Analysen, Vorschläge, Materialien, Bonn-Bad Godesberg 1976
14. WIRZBACH, H.-J.: Sozialstationen - kein Spielfeld für ideologische Auseinandersetzung. In: Deutsches Ärzteblatt 21 (1978)
15. ALTEN- UND SERVICEZENTRUM HAIDHAUSEN: Befragung zur Situation älterer Bürger in Haidhausen, München 1983
16. BAYRISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: Programm Soziale Dienste in Bayern, München 1983
17. BAYRISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: Richtlinien zur Förderung von Sozialstationen, Bekanntmachung vom 25.2.82
18. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT: Modellprogramm "Ambulante Dienste für Pflegebedürftige", August 1983
19. SCHRIFTENREIHE DES BUNDESMINISTERS FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT, BAND 80: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1980
20. BUNDESSOZIALHILFEGESETZ: Textausgabe des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) mit Vollzugsbestimmungen, München 1976

21. DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE:
Fachlexikon der sozialen Arbeit,
Frankfurt 1980
22. DEUTSCHES INSTITUT FÜR URBANISTIK: Sozialstationen. Bestands-,
Bedarfs- und Effizienzanalyse der Hilfen
für Pflegebedürftige - insbesondere durch
Sozialstationen - in städtischen Versorgungsräumen,
untersucht am Modellfall der Stadt Bonn. Kurzfassung der Forschungsberichte
(Vorabdruck), Berlin, Köln 1983
23. DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN E.V.: Fachbericht zur Situation
älterer Menschen in der Bundesrepublik
Deutschland, Berlin 1982
24. DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN E.V.: Altwerden in der Bundes-
republik Deutschland: Geschichte -
Situationen - Perspektiven, Band 1,
Berlin 1982
25. DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN E.V.: Altwerden in der Bundes-
republik Deutschland: Geschichte -
Situationen - Perspektiven, Band 2,
Berlin 1982
26. DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN E.V.: Altwerden in der Bundes-
republik Deutschland: Geschichte -
Situationen - Perspektiven, Band 3,
Berlin 1982
27. FORUM SOZIALSTATION: Bestandsaufnahme derzeit praktizierter
Formen der Finanzierung und Organisation
ambulanter Pflege, St. Augustin 1983
28. INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG UND SOZIALWIRTSCHAFT E.V.:
Die Effizienz und Funktionalität neuer
Organisationsformen in der Altenhilfe -
dargestellt am Beispiel von Sozialstationen,
Saarbrücken 1981
29. LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN, SOZIALREFERAT: Ambulante Kranken-,
Haus- und Altenpflege. Beschluß des
Sozialhilfeausschusses vom 7.7.1983

30. LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN, SOZIALREFERAT: Beschluß des Ausschusses für Jugend, Familie und Soziales vom 24.7.1984
31. MEDICAL TRIBUNE: "Alt sein im Jahre 2000. Wird das ein Alptraum? Kongreßbericht über das 15. Bad Sodener Geriatriische Gespräch. Nr. 34a (1983)
32. MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALORDNUNG, BADEN-WÜRTTEMBERG: Die Lebenssituation älterer Menschen. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg, Stuttgart 1983
33. SÜDDEUTSCHE ZEITUNG: Krankenkassen sollen Pflegekosten mitbezahlen. Nr. 179 (1984)
34. SÜDDEUTSCHE ZEITUNG: Altenheim-Pensionssätze bleiben stabil. Nr.224 (1984)

8. ANLAGENVERZEICHNIS

Anlage 1:

Rahmenvereinbarung über die Durchführung ambulanter Kranken- und Hauspflege vom 21. April 1976 in der Fassung vom 10. Januar 1978 (Gebührenvereinbarung der Wohlfahrtsverbände)

Anlage 2:

Ärztliches Formular zur "Verordnung häuslicher Krankenpflege"

Anlage 3:

Vordruck einer Karteikarte für die Patienten in der Sozialstation

Anlage 4:

Diagnosefragebogen

Anlage 5:

Kostentafel der Sozialstation für Selbstzahler

Anlage 6:

Pensionssätze in nichtstädtischen und städtischen Altenheimen der Stadt München (Stand 1.1.1984)

Quelle: Protokoll vom "Beschluß des Ausschusses für Jugend, Familie und Soziales vom 25.09.1984" (Landeshauptstadt München/ Sozialreferat S-I-A - Anlage zum Vortrag des Referenten)

Anlage 1

zur Rahmenvereinbarung über die Durchführung ambulanter Kranken-
und Hauspflege vom 21. April 1976 in der Fassung vom 10. Januar
1978

Gebührenvereinbarung

zwischen

der Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Bayern e.V.,
dem Bayerischen Roten Kreuz - Präsidium -
dem Deutschen Caritasverband, Landesverband Bayern e.V.,
dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband
- Landesverband Bayern e.V. -
dem Diakonischen Werk - Landesverband der Inneren Mission
in Bayern e.V. -
dem Landesverband der israelitischen Kultusgemeinden in
Bayern - Sozialreferat -
(nachstehend als caritative Verbände bezeichnet)

einerseits

und

dem Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern
dem Landesverband der Betriebskrankenkassen in Bayern
dem Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern
den Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern
- vertreten durch die Landwirtschaftliche Kran-
kenkasse Oberbayern -
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
- Landesausschuß Bayern -
dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V.
- Landesausschuß Bayern -
der Bundesknappschaft
- Verwaltungsstelle München -
(nachstehend als Krankenkassen bezeichnet)

andererseits

§ 1

Gebührensätze

(1) a) Behandlungspflege	Gebühren
1. Injektion	4,-- DM
2. Verbände anlegen oder wechseln, Anus- <i>praeter</i> -Versorgung, Dekubitus- versorgung, je Besuch	4,50 DM
3. Katheterisierung einschließlich Spülung	5,70 DM
4. Einlegen eines Verweilkatheter einschließlich Spülung	6,30 DM
5. Einlauf	4,-- DM
6. Sonstige Leistungen (z.B. Abgabe von Medikamenten, Spülung in den Augen, Ohren; Blasenspülung bei einem liegen- den Verweilkatheter, Einreibun- gen, Wickel, Bewegungsübungen, Gehübungen, medizinische Bäder, Blutdruckmessen, Zucker-Test, Verabreichung von Sondennahrung) je Besuch	2,80 DM
b) Grundpflege	
7. Pflege, höchstens 2mal je Tag berechenbar (z.B. Waschungen, Reinigungsbäder, Mundpflege, Haarpflege, Nagelpflege, Bet- ten, Umbetten und Lagern, Wä- sche wechseln, Versorgung der Ausscheidungen, Inkontinenten- versorgung, prophylaktische Maßnahmen)	13,60 DM
8. Tagwache je angefangene Stunde höchstens	6,90 DM 38,-- DM

9. Nachtwache je angefangene Stunde	8,50 DM
höchstens	55,60 DM

10. Tag- und Nachtwache	
höchstens	77,90 DM

c) Grundpflege, durchgeführt von Pflegekräften
ohne staatliche Anerkennung

11. Pflege, höchstens 2mal je Tag berechenbar (z.B. Waschungen, Reinigungsbäder, Mundpflege, Haarpflege, Nagelpflege, Bet- ten, Umbetten und Lagern, Wä- sche wechseln, Versorgung der Ausscheidungen, Inkontinenten- versorgung, prophylaktische Maßnahmen)	9,10 DM
--	---------

12. Tagwache je angefangene Stunde	4,60 DM
höchstens	25,30 DM

13. Nachtwache je angefangene Stunde	5,70 DM
höchstens	37,10 DM

14. Tag- und Nachtwache	
höchstens	51,90 DM

(2) Soweit ärztlich verordnete Hausbesuche durchgeführt werden, können neben den Gebühren der Positionen 1 bis 6 zusätzlich 5,20 DM berechnet werden. Bei der gleichzeitigen Abgabe mehrerer Leistungen anlässlich eines Hausbesuches ist die Hausbesuchsgebühr nur einmal berechenbar. Neben Position 7 sind gegebenenfalls auch die Gebühren der Positionen 1 bis 6 - ohne Hausbesuchsgebühr - berechenbar. Die Positionen 1 bis 6 sind neben den Positionen 8 und 9 (bzw. 10) nicht verrechnungsfähig, soweit die Tag- bzw. Nachtwache mehr als eine angefangene Stunde beträgt.

Verordnung häuslicher Krankenpflege

AOX	LKA	BKK	IKK	VdKA	AEV	Krankenschein	M	F	R
Name des Versicherten							Versicherungsgeld laut Krankenschein		
Ehegatte/Kind/Sonst. Angeh.							geb. am		
Arbeitgeber (Dienststelle/Mitgl.-Nr./Firma/Rennr.)							geb. am		
Wohnung des Patienten									

voraussichtliche Dauer vom _____ bis _____
 Bei Verlängerung _____
 voraussichtlich weiterhin notwendig _____
 Diagnose/Befund _____

Arbeitsunfall, Arbeitsunfalligen Berufskrankheit
 Sonstiger Unfall, sonstige Unfalligen
 Versorgungslücken

Häusliche Krankenpflege ist notwendig, weil

- ☐ Krankenhauspflege geboten, aber nicht ausführbar ist
- ☐ Krankenhauspflege dadurch nicht erforderlich wird
- ☐ Krankenhauspflege dadurch abgekürzt werden kann

Hilfslosigkeit für die notwendige Behandlungspflege liegt vor ja ☐ nein ☐

Besondere Anweisungen/Bemerkungen:

Folgende Leistungen sind neben der ärztlichen Behandlung im Hause des Patienten notwendig: ja ☐ nein ☐

a) Behandlungspflege

- ☐ Injektion ☐ i m ☐ s c _____ x tagl. / _____ x wöchentl.
- ☐ Verbände anlegen oder wechseln _____ x tagl. / _____ x wöchentl.
- ☐ Kainlerwechsel einschl. Spülung _____ wöchentl.
- ☐ Einlegen eines Verweilkatheters _____ wöchentl.
- ☐ Eintauch nach Bedarf / _____ x wöchentl.
- ☐ Sonstige Leistungen (z. B. Abgabe von Medikamenten, Spülung der Augen, Ohren, Einreibungen, Wickel, Bewegungsübungen, Gebühungen, medizinische Bäder, Blutdruckmessungen, HGT-Test) _____ x tagl. / _____ x wöchentl.

b) Grundpflege

- ☐ Pflege (z. B. Waschungen, Reinigungsbäder, Mundpflege, Haarpflege, Nagelpflege, Betten, Umkleen und Lagern, Wäsche wechseln, Versorgung der Ausscheidungen, Inkontinenzversorgung, prophylaktische Maßnahmen)
- ☐ Tagwache _____ x tagl. / _____ x wöchentl.
- ☐ Nachtwache _____ Std.
- ☐ Tag- und Nachtwache _____ Std.

Datum _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Unterschrift des Arztes und
Kassenarzts/Ärztin
Muster 12 a Bay 7 1982

DIAGNOSEFRAGEBOGEN

--	--

Patienten-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

1. Ist der Patient (die Patientin) in seiner Bewegungsfähigkeit eingeschränkt?

- A. bettlägrig ☐
- B. innerhalb seiner Wohnung mobil ☐
- C. außerhalb seiner Wohnung mobil ☐

2. Ist der Patient (die Patientin) örtlich und zeitlich voll orientiert?

- A. ja ☐
- B. nein ☐
- C. wechselhaft ☐

3. Welche Erkrankung besteht bei dem Patienten (der Patientin)?

- A. Herz- und Kreislauferkrankungen ☐
.....
- B. Stoffwechselerkrankungen ☐
.....
- C. Erkrankungen des Bewegungsapparates ☐
.....
- D. Neurologische Erkrankungen ☐
.....
- E. Psychische Erkrankungen ☐
.....
- F. Tumoren ☐
.....
- G. Sonstiges ☐
.....

KOSTENTAFEL
für Selbstzahler

1. Kurzeinsatz: soll 20 Minuten nicht überschreiten

a) bis zu DM 1.200 Einkommen	DM	5.--
b) darüber		6.--
c) Beihilfeberechtigte		7.--

2. Pflegestunde:

a) bis zu DM 1.200 Einkommen	10.--
b) darüber	12.--
c) Beihilfeberechtigte	14.--

3. Dauereinsätze:

a) bis zu einem halben Tag	niedrigster Stundensatz
b) Wachen (8 Uhr bis 17 Uhr)	DM 40.--
c) Nachtwachen	nach Vereinbarung in
d) Wachen über mehrere Tage	Anlehnung an obenge-
	nannte Sätze

Pensionsätze in nichtstädtischen Heimen in München

Stand: 01.04.1984

Heim	EZ.zimmer m. fl.w/k.Wasser Allgemein	Do.zimmer m. fl.w/k.Wasser Allgemein	Pflege
Altenheim Bethel	1.485,-- DM	-,-	-,-
Caritasstift	-,-	-,-	-,-
Damenstift	1.152,-- DM	-,-	-,-
Diakonissenanstalt	1.305,-- DM	-,-	-,-
St. Elisabeth	1.344,-- DM	-,-	2.034,-- DM
St. Elisabeth-Verein	-,-	-,-	-,-
Am Entenbach	1.539,-- DM	-,-	2.780,-- DM
Gravelottestraße	1.504,-- DM	-,-	2.643,-- DM
Cubestraße	-,-	-,-	-,-
	-,-	-,-	-,-
St. Josefsheim	1.380,-- DM	-,-	-,-
Kreszentienstift	789,-- DM	-,-	-,-
Luiise-Kieselbach-Heim	992,-- DM	-,-	-,-
Marianum	1.164,-- DM	-,-	-,-
Marienanstalt	1.025,--	-,-	1.710,-- DM
Marienstift	1.253,70 DM	-,-	-,-

Heim	EZ.zimmer m. fl.w/k.Wasser Allgemein	Do.zimmer m. fl.w./k.Wasser Allgemein	Pflege
Neubüberg - Rheingoldstraße	-,-	-,-	-,-
Stöberlstraße	1.485,- DM	1.299,- DM	2.181,- DM
Zitaheim	-,-	-,-	-,-
Gesamtdurchschnitt:	1.282,- DM	1.299,- DM	2.270,- DM

Monatliche Pensionssätze in den städtischen Altenheimen ab 01.01.1984 (= ca. 9 % Erhöhung der Pflegeabteilung und 6 % Erhöhung der Allgemeinabteilung gegenüber dem Jahre 1983)

<u>Kategorie:</u>	I	II	III	IV
I: Zimmer mit einfacher Ausstattung	St. Martin St. Maria	Tauernstraße	Schwabing St. Josef	Hans-Sieber-Haus
II: Zimmer mit Toilette	Alfons-Hoffmann-Haus Effnerstraße			
III, IV: Zimmer mit Toilette, Dusche (Allgemeinbereich zusätzlich Kochküche)	Mathildensonstanz Hl. Geist Münchener Bürgerheim St. Josef (Altbau- Allgemeinbereich)			
<u>Pflegeabteilung</u>				
1-Bett-Zimmer			2.550,-	2.550,-
2-Bett-Zimmer	1.890,-	2.040,-	2.460,-	2.460,-
<u>Allgemeinabteilung</u>				
2-Bett-Zimmer (je Bett)	825,-			
1-Bett-Zimmer über 12 qm	1.125,- 1)	1.245,-	1.305,-	1.335,-
1-Bett-Zimmer unter 12 qm	960,-			
Ehepaarzimmer (2. Personen)	1.650,- 2)	1.830,-	1.935,-	2.670,-
Doppelzimmer (2 Bett)	2.250,- 2)3)			

Sonderfälle:

- 1) 1005,- DM Dall'Armiheim für Inhaber der städt. Dienstboten-medaille
- 2) Bei Belegung mit nur 1 Person Abschlag in Höhe des jeweiligen Tagessatzes für Verköstigung (ab 01.01.1984 tgl. 6,10 DM = mtl. 183,- DM)
- 3) 2025,- DM Alfons-Hoffmann-Altenheim, Zimmer 201 (Ostbau)



Für die freundliche Unterstützung bei der
Durchführung der Dissertation bedanke ich
mich bei Herrn Priv.-Doz. Dr. Pillau.

Lebenslauf

Am 7.3.1955 wurde ich als 1. Kind des Lehrerehepaars Hedwig und Wilhelm Pechler in Landshut geboren.

Nach vier Klassen Grundschule besuchte ich das Gymnasium Seligenthal in Landshut, wo ich im Juni 1974 das Abitur ablegte.

Im Wintersemester 1974/75 begann ich an der Ludwig-Maximilians-Universität das Studium der Humanmedizin, das ich im Mai 1981 mit dem Staatsexamen beendete.

Von Januar bis Ende Juni 1982 war ich als Sanatoriumsärztin an der Kurklinik Ratzeburg tätig.

Von Mai 1983 bis Oktober 1984 studierte ich Philosophie und Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität. Gleichzeitig arbeitete ich an meiner Dissertation.

Ab 16. November 1984 arbeite ich als Assistenzärztin in der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Achdorf in Landshut.

